

Gjennomføringen av tvangsinnleggelse etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a

Rettigheter og begrensninger under tvangsoppholdet

Kandidatnummer: 371

Veileder: Karl Harald Søvig

Leveringsfrist: 25 november 2006

Til sammen 17.967 ord

28.11.2006

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>INNLEDNING</u>	<u>1</u>
1.1	Problemstilling avgrensning og begrepsbruk	1
1.2	Rettskilder og metode	2
1.3	Videre fremstilling	4
<u>2</u>	<u>LOVGRUNNLAGET</u>	<u>5</u>
2.1	Tvangshjemlene i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a	5
2.2	Gjennomføringsreglene	6
2.3	Overordnede normer og regler	8
<u>3</u>	<u>GENERELT OM GJENNOMFØRINGEN AV TVANGSINNLEGGELSE</u>	<u>10</u>
3.1	Hensyn og skranker	10
3.2	Personell kompetanse	11
3.2.1	Hvem avgjør hva?	11
3.2.2	Skjønnsutøvelse av forvaltningsorganene	14
3.3	Pasientrettigheter under tvangsinnleggelsen	16
3.3.1	Utviklingen av rusmiddelmisbrukeres pasientrettigheter	16
3.3.2	Rett til valg av sykehus	18
3.3.3	Tiltaksplan og individuell plan	21
3.4	Oversikt over klagereglene	25
3.5	Tilsyn med gjennomføringen	27
<u>4</u>	<u>REGULERING AV GJENNOMFØRINGEN</u>	<u>28</u>

4.1	Iverksettelse og anbringelse	28
4.2	Adgang til behandling	30
4.3	Særspørsmål: Adgang til LAR-behandling under tvangsinnleggelse	33
4.4	Urinprøver	34
4.5	Korrespondansekontroll.	38
4.6	Telefonkontroll	39
4.7	Kontroll av person og rom	41
4.8	Adgang til å forlate institusjonen	44
4.9	Rømming fra tvangsinstitusjonen	47
4.9.1	Tilbakeføring	47
4.9.2	Beregning av tilbakeholdelsestid	48
4.9.3	Tiltak for å hindre rømming	50
4.10	Bruk av tvang i nødsituasjoner	50
4.11	Utskriving	53
<u>5</u>	<u>DISKUSJON OG AVSLUTNING</u>	<u>55</u>
5.1	Rusomsorgens plass i spesialisthelsetjenesten	55
5.2	Gjennomføringsreglene: Problemer og nye grep	58
5.3	Avslutning	61
<u>6</u>	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>63</u>

1 Innledning

1.1 Problemstilling avgrensning og begrepsbruk

Tema for oppgaven er gjennomføringen av tvangsinnleggelse etter lov om sosiale tjenester m.v av 13. desember 1991 nr.81 (sosialtjenesteloven) §§ 6-2 og 6-2a. Mer konkret er problemstillingen hvilke begrensninger og rettigheter som gjelder for rusmiddelmissbrukeren under tvangsoppholdet.

I juridisk litteratur er det skrevet lite om gjennomføringen av tvangsopphold. Dette til tross for at bruk av tvang i behandlingen av rusmiddelmissbrukere er et omdiskutert tema, både juridisk og politisk. Derfor ønsker jeg i denne oppgaven å se nærmere på hvordan regelverket er bygget opp, praktiseringen av det, og vurdere behovene for bestemmelsene.

Tilbakehold i institusjon etter eget samtykke jf. sosialtjenesteloven § 6-3, reguleres hovedsakelig av de samme regelsett som ved opphold etter §§ 6-2 og 6-2a, men jeg har valgt å fokusere på innleggelse på grunnlag av tvangsvedtak av fylkesnemnda,¹ og utelater derfor problemstillinger som § 6-3 eventuelt reiser.

De materielle² og prosessuelle vilkår for tilbakehold vil kun nevnes der det er aktuelt i tilknytning til gjennomføringsdelen.

”Gjennomføringen” slik begrepet benyttes her, er fra det tidspunkt den rusmiddelavhengige avhentes, eller ankommer selv til institusjonen for iverksettelse av tvangsvedtaket, til tvangsoppholdet avsluttes ved utskrivning fra institusjonen. Med ”rusmiddelmissbruker”,

¹ Fylkesnemnda for sosiale saker har ansvar for behandlingen av tvangsvedtak, se sosialtjenesteloven kapittel 9.

² For en grundig gjennomgang av de materielle vilkår se Søvig (2004) kapittel 8.

eller ”rusmiddelavhengig”, mener jeg person som faller inn under anvendelsen av sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.³

For øvrig vil jeg også benytte begrepet ”pasient” om rusmiddelmisbruker som er tvangsinnlagt etter sosialtjenesteloven.⁴

”Tvang” er et tvetydig begrep som både kan bety fysisk utøvelse av makt mot en annens vilje, eller juridisk grunnlag som hjemler inngrep i en persons rettssfære mot eller uten dennes vilje.⁵ I det følgende vil det være den juridiske delen av begrepet som benyttes med mindre annet fremgår av sammenhengen.

1.2 Rettskilder og metode

Rettskildetilfanget etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a og gjennomføringsreglene, må kunne betegnes som svært begrenset sammenlignet med andre rettsområder.

Lovteksten er mitt naturlige rettskildemessige utgangspunkt for redegjørelsen, som nest øverste trinn i rettskildehierarkiet etter Grunnloven av 17.mai 1814.⁶ For gjennomføringsreglene vil både formell lov, og forskrift hjemlet i slik lov, danne grunnlag for gjennomgangen. Formell lov har rang over forskriftsbestemmelser, som alltid vil være gitt etter fullmaktbestemmelser i formell lov. Forarbeider har jeg også støttet meg på ved tolkningen av rettsreglene, men i tilknytning til gjennomføringsreglene er det begrenset med forarbeider fordi mye er regulert i forskrift.

Rettspraksis rundt sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a er svært begrenset. Aktualitetskravet i lov 13. august 1915 nr. 6 om rettergangsmåten for tvistemål (tvistemålsloven) § 54⁷ begrenser tilfanget av saker fordi tvangsvedtaket som regel er løpt ut før saken når

³ Se vurdering av ”rusmiddelmisbruker” kriteriet i FNV-2006-102-MRO.

⁴ Mer om rusmiddelmisbrukeres pasientstatus i høringsnotat av 17. juli 2006 s. 5-6.

⁵ Tvangsinnleggelse er i §§ 6-2 og 6-2a definert som ”uten eget samtykke”, men i praksis samtykker mange til tvangsinnleggelsen. Se punkt 4.1.

⁶ Metode for tolkning av rettsreglene tar utgangspunkt i den tradisjonelle rettskildelære i Eckhoff (2001) s. 23.

⁷ Ny lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) av 17. juni 2005 nr.90 § 36-1(2)(ikke i kraft).

domstolene.⁸ Avgjørelser i tvangssaker fra tingrettene som førsteinstans er mest aktuelt, mens avgjørelser fra Høyesterett er helt fraværende. Den rettskildemessige verdi av avgjørelser i tingretten er beskjedne, og jeg har derfor ikke benyttet meg av slike avgjørelser i særlig grad. Det kan imidlertid dras nytte av tvangssaker for Høyesterett etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr.62 (psykisk helsevernloven) som har mange paralleller med tvangsinnleggelse etter sosialtjenesteloven. Vedtak av fylkesnemnda for sosiale saker gir som rettskilde bredest innblikk i praksisen rundt sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Jeg har derfor gått igjennom de nyeste vedtak som er tilgjengelige på Lovdata etter disse bestemmelsene, totalt 12 (8 etter § 6-2 og 4 etter § 6-2a) saker fra 2002 til 2006. Kun et fåtall av fylkesnemndenes vedtak legges ut på lovdata. Dette grunnlaget er derfor for snevert til å trekke sikre konklusjoner, men jeg vil prøve å påpeke enkelte gjennomgående trekk.

Utgivelser fra departementene i form av rundskriv og veiledere har jeg benyttet der det har vært hensiktsmessig. Slike utgivelser har lav rettskildemessig verdi. På grunn av svakt rettskildetilfang på området har jeg likevel i betydelig grad benyttet meg av dette materialet for å belyse rettsreglene.

Juridisk litteratur på området er begrenset, men jeg har benyttet meg av det mest aktuelle i form av bøker, en doktoravhandling og artikler. Vekten av dette som rettskildefaktor er svært lav, men bidrar til å øke forståelsen på området.

For innblikk i problemer og praksis rundt gjennomføringen har jeg vært i kontakt med Synnøve Spinnangr, spesialkonsulent hos Regionalenhet for samordning og analyse i Helse Sør, og Pål Ribu, avdelingsleder på A-klinikken ved Sørlandet sykehus. Disse to har gitt meg verdifulle innspill under arbeidet med oppgaven.

⁸ Se vurdering av aktualitetskravet ved utløpt tvangsvedtak etter sosialtjenesteloven § 6-2 i LB-2003-2375

1.3 Videre fremstilling

I kapittel 2 ønsker jeg å gi en kort fremstilling av lovgrunnlaget for tvangsopphold. Først redegjøres raskt for tvangshjemlene i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a som hjemmelsgrunnlag for tvangsinnleggelsen. Deretter gis en oversikt over de aktuelle regelsett ved gjennomføringen av tvangsopphold, før jeg til sist kort ser på viktige overordnede regler og normer.

Kapittel 3 omhandler mer generelle sider ved gjennomføringen. Her behandles hensyn bak bestemmelsene, personell kompetanse, og skjønnsutøvelse for å gi et innblikk i grunnlaget for og utøvelsen av lovreguleringen. For å belyse rusmiddelmisbrukerens rettighetsposisjon under tvangsoppholdet, vil jeg i neste punkt gå nærmere inn på aktuelle pasientrettigheter. Avslutningsvis i kapittelet vil jeg kort gjøre rede for klageadgangen og tilsyn med tvangsinstitusjonene.

De konkrete gjennomføringsbestemmelsene i sosialforskriften, og andre aktuelle problemstillinger i forbindelse med tvangsoppholdet, tas opp i kapittel 4. Først behandles starten av tvangsoppholdet ved iverksettelse og anbringelse. Videre vil jeg redegjøre for de spesifikke bestemmelser som regulerer tvangsoppholdet, og vurdere disse nærmere. Utvalgte interessante problemstillinger som ikke er regulert i lov eller forskrift vil jeg også komme inn på, slik som telefonkontroll og adgangen til legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Til sist ser jeg nærmere på utskriving fra institusjon og problemer i tilknytning til dette.

I det avsluttende kapittel 5 vil jeg kort diskutere utvalgte tema i tilknytning til gjennomføringen av tvangsopphold, herunder deler av diskusjonen om bruk av tvangsinnleggelser og behovet rundt lovreguleringen på dette området.

2 Lovgrunnlaget

2.1 Tvangshjemlene i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a

Oppfyller rusmiddelmisbrukeren de øvrige materielle vilkår i sosialtjenesteloven §§ 6-2 eller 6-2a, kan tvangsinnleggelse skje dersom fylkesnemnda anser et slikt opphold som hensiktsmessig og rimelig.⁹ I vurderingen er selve formålet med tvangsoppholdet viktig. Tilsier situasjonen at et tvangsopphold ikke vil bidra til å oppfylle siktemålet med tvangsbestemmelsen, så kan ikke innleggelse vedtas.

For gjennomføringen har formålet betydning som bakgrunn for vurderingen av hvilke tiltak som bør settes i verk, og hvordan oppholdet bør legges opp.¹⁰ Dette ser man utslag av i sosialtjenesteloven § 7-11 første ledd, hvor formålet med oppholdet angis som grunnlag for begrensninger i selvbestemmelsesretten. Formålet vil her også ha betydning for det skjønn institusjonen utøver.¹¹ Ved tvangsoppholdet etter sosialtjenesteloven § 6-2 er formålet å motivere rusmiddelmisbrukeren til videre behandling av sine misbruksproblemer. Dette står ikke eksplisitt i lovteksten. Ordlyden i § 6-2 første ledd viser kun til opphold ”for undersøkelse og tilrettelegging av behandling”. Formålet finner man noe vagt uttalt i NOU 1985:18 Lov om sosiale tjenester m.v på side 232. Her står det:

”Misbrukernes egen motivering er utvilsomt av avgjørende betydning for en rehabilitering. På den annen side trenger misbrukere ofte bistand for å kunne rehabilitere seg fysisk, overkomme abstinensproblemer og for å komme i en slik tilstand at det kan iverksettes forsøk på motivering og tilrettelegging av langsiktige tiltak.”

Hvordan denne motiveringen bør utføres nevnes ikke. Sosialkomiteen på Stortinget har ved en senere anledning uttalt at bestemmelsen også har en livreddende funksjon, hvor

⁹ Se diskusjon i Søvig (2004) punkt 8.6.1.1.

¹⁰ Se uttalelse om dette i Ot.prp.nr.29 s. 110-111.

¹¹ Se Ot.prp.nr.48 (1994-1995) s. 10.

avrusning står sentralt.¹² Men dette er ikke videre beskrevet i andre tilgjengelige rettskilder. Motivasjon for behandling må derfor være hovedformålet ved tolkningen. Det må her understrekes at motivasjon for videre behandling, og ikke behandling i seg selv, er målet for tvangsoppholdet. Dette utdypes i punkt 4.2.

Maksimal tilbakeholdelsestid er etter § 6-2 første ledd tre måneder. Dette er kort tid, men etter departementets vurdering tilstrekkelig til å skape grunnlag for motivasjon for videre behandling.¹³ Tvangsvedtak kan gjøres tross tidligere tvangsvedtak, forutsatt at de materielle vilkår foreligger.¹⁴

I sosialtjenesteloven § 6-2a fremheves formålet klart i lovteksten. Formålet er, jf. annet ledd, tvangsinnleggelse av hensyn til fosteret på grunn av fare for skade ved rusmiddelmisbruk.¹⁵ I tillegg er det under gjennomføringen et siktemål å hjelpe mor med sine rusproblemer og gjøre henne i stand til å ta vare på barnet.¹⁶ Maksimal tidsbegrensning for tilbakeholdelse er tiden ut svangerskapet, jf. § 6-2a første ledd, slik at skade forhindres mens barnet enda er i mors liv. Under gjennomføringen er det forholdene rundt mor som danner basis for vurderingen av fortsatt tvangsinnleggelse. Etter § 6-2a tredje ledd skal sosialtjenesten hver tredje måned vurdere om det er fortsatt grunnlag for å opprettholde tvangsvedtaket. Dersom mor under oppholdet holder seg rusfri og forholdene ellers taler for at tilbakehold i institusjon ikke er nødvendig, kan dette etter en helhetsvurdering føre til utskrivning.

2.2 Gjennomføringsreglene

Sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a hjemler vedtak om tvangsinnleggelse. Tidligere regulerte sosialtjenesteloven også selve gjennomføringen av tvangsoppholdet.

Rusreformene (Rusreform I og Rusreform II), som trådte i kraft 01.01.2004, endret dette

¹² Se henvisninger og diskusjon i Søvig (2004) s. 68-72.

¹³ Ot.prp. nr.29 (1990-1991) s. 89-92.

¹⁴ Ot.prp.nr.29 (1990-1991) s. 163.

¹⁵ Ot.prp.nr.48 (1994-1995) s. 10.

¹⁶ Ot.prp.nr.48 (1994-1995) s. 20.

ved at ansvaret for behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere som lå hos fylkeskommunen, ble overført til staten, se lov om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999 nr.61 § 2-1a første ledd nr.5. Ønsket var et samlet og godt behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere etter at sykehusreformen fra 2002 overførte ansvar til staten for de tjenester som på det tidspunkt falt inn under spesialisthelsetjenesteloven. Ansvaret for institusjonsbehandling var etter sykehusreformen delt mellom staten (gjennom de regionale helseforetak) og fylkeskommunen. Rusreformene la all institusjonsbehandling for rusmiddelmisbrukere til spesialisthelsetjenesten, og samlet derved ansvaret hos staten med mål om å styrke helsetilbudet for denne gruppen.¹⁷ En konsekvens av dette er at gjennomføringen av institusjonsopphold, både for frivillig behandling og tvangsinnleggelser, nå i hovedsak blir regulert av spesialisthelsetjenesteloven.

Spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-13 til 3-15 regulerer deler av gjennomføringen av tvangsopphold. Disse bestemmelsene gir regler om innleggelse, adgang til å forlate institusjonen, rømming fra institusjonen og utskriving. Mer utdypende bestemmelser om gjennomføringen gis ikke direkte i spesialisthelsetjenesteloven. Løsningen som er valgt er å knytte de ”gamle” gjennomføringsreglene i sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven via § 3-14 annet ledd. Her fastsettes at sosialtjenesteloven § 7-11 og bestemmelser gitt i medhold av denne: ”... *gjelder tilsvarende for tjenester som nevnt i §2-1a første ledd nr.5.*”. På denne måten reguleres deler av gjennomføringen direkte etter spesialisthelsetjenesteloven, mens resten er overlatt til sosialtjenesteloven som etter ansvarsoverdragelsen ved rusreformen i realiteten ikke har noe å gjøre med behandling av rusmiddelmisbrukere i institusjon.

Individets rett til selvbestemmelse og bevegelsesfrihet det naturlige utgangspunkt ved institusjonsopphold etter sosialtjenesteloven § 7-11, se første til tredje ledd. For å verne den personlige integritet og rettssfære for personer avhengig av bolig- og institusjonstilbud,

¹⁷ Ot.prp.nr.3 (2002-2003) s. 6.

fastsettes i § 7-11 tredje ledd blant annet et forbud mot fysisk refs, innelåsing og korrespondansekontroll. De to sistnevnte inngrep kan likevel foretas dersom lov- eller forskrifthjemler etter § 7-11 femte ledd tillater dette. Problemet her er at § 7-11 femte ledd ikke eksisterer. Dette skyldes at lovgiver etter at et ledd ble fjernet ikke oppdaterte resten av bestemmelsen.¹⁸ En eldre versjon av loven vil vise at det dagens fjerde ledd er unntaksadgangen det henvises til. Formelt sett eksisterer derfor ikke korrekt hjemmel for unntak fra § 7-11 første til tredje ledd. En slik rigid tolkning av legalitetsprinsippet kan likevel ikke legges til grunn når det fremgår av sammenhengen hvordan bestemmelsen må forstås. Forskrift i medhold av fullmaktsbestemmelsen er gitt i Forskrift 4. desember 1992 nr. 915 om sosiale tjenester m.v., hvor kapittel 5 omhandler særlig rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for rusmiddelmisbrukere. Bestemmelsene i sosialforskriften kapittel 5 er preseptoriske, jf. forskriftens § 5-18, og rettigheter som gis i forskriften kan derfor ikke innskrenkes ved avtale. Hvilke rettigheter og reguleringer dette gjelder kommer jeg tilbake til under hovedpunkt 4.

Under tvangsinnleggelse på institusjon følger visse rettigheter i kraft av pasientstatusen, jf. lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven) § 1-3 bokstav a, jf. bokstav d, se mer om dette i punkt 3.3.1. Betydning for gjennomføringen vil pasientrettighetene blant annet ha ved valg av hvor tvangsoppholdet skal gjennomføres, se punkt 3.3.2 om rett til valg av sykehus.

2.3 Overordnede normer og regler

For uten de konkrete lov- og forskriftsreguleringer, gir mer overordnede normer og regler føringer for gjennomføringen av tvangssopphold etter sosialtjenesteloven § 6-2 og 6-2a. Slike overordnede normer og regler vil være nasjonale konstitusjonelle regler, og reguleringer etter forskjellige menneskerettighetskonvensjoner inkorporert i norsk lov gjennom lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) § 2. Av de inkorporerte konvensjoner viser det seg i praksis at den

¹⁸ Se lov 28. november 2003 nr. 99.

europiske menneskerettskonvensjon (EMK) gjennom utvikling av rettspraksis i den europeiske menneskerettighetsdomstol (EMD) har fått størst betydning, og jeg vil derfor rette fokus mot denne.

Et viktig overordnet prinsipp uttrykkes gjennom Grunnloven § 96. Bestemmelsen grunnlovsfester et straffeprosessuelt legalitetsprinsipp. For forvaltningen hersker det bred enighet om eksistensen av et ulovfestet forvaltningsmessig legalitetsprinsipp.¹⁹ Dette prinsippet styrer hjemmelgrunnlaget for tiltak og midler under tvangsoppholdet. Ønsket om sikring og respekt av menneskerettighetene er for å understreke viktigheten av dette, lovfestet i Grunnloven § 110 c.

Mer konkret regulering av menneskerettighetene finner man i EMK, hvor en rekke bestemmelser er gitt for å beskytte individet og dets rettigheter. Viktig er EMK art. 5 nr. 1 som beskytter mot vilkårlig frihetsberøvelse. Denne bestemmelsen har spesielt betydning ved de prosessuelle og materielle vilkår for tvangsinnleggelse. For selve gjennomføringen vil begrensninger i form av forbudet mot tortur, jf. EMK art. 3, som setter skranker for utførelsen av tvangstiltak, ha betydning. Viktig er i tillegg retten til respekt for sitt eget familie- og privatliv, jf. EMK art. 8, som er styrende ved kontroller av korrespondanse, person og rom, samt begrensning av permisjoner og besøk. Til sist vil art. 9 om tanke-, samvittighets- og religionsfrihet og art. 10 om ytringsfrihet utgjøre rettigheter som ikke kan krenkes under tvangsoppholdet. Dette følger klart av menneskerettsloven § 3 jf. § 2, som gir EMK forrang fremfor annen lovgivning.

Rettspraksis fra EMD gir vide rammer for hva som er tillatt under tvangsopphold forutsatt at et tilstrekkelig klart hjemmelsgrunnlag foreligger. Et eksempel på dette har man i CASE OF HERCZEGFALVY v. AUSTRIA av 24. september 1992, hvor en fengslet psykiatrisk pasient måtte tåle betydelige inngrep under fengsels- og institusjonsopphold i form av beltelegging over lang tid, tvangsmedisinering, tvangsforing, og i den forbindelse utslagning av tenner og brukkne ribbein. Denne behandlingen ble ikke ansett som

¹⁹ Om legalitetsprinsippet i forvaltningsperspektiv se Eckhoff (2006) s. 325-331.

konvensjonsstridig, se avsnitt 79 til 84, men derimot ble det oppstilt et strengt hjemmelskrav for inngrep under tvangsoppholdet, jf. avnitt 92.

Avgjørelsen er kritisert, men annen praksis som kan benyttes konkret i tolkningen av gjennomføringsreglene ved tvangsinnleggelse av rusmiddelmisbrukere finnes ikke.

3 Generelt om gjennomføringen av tvangsinnleggelse

3.1 Hensyn og skranker

Gjennomføring av tvangsopphold medfører ofte fare for vanskelige og til dels farlige situasjoner på grunn av rusmiddelabstinenser eller andre problemer. For personalet ved tvangsinstitusjonen er klare og anvendelige bestemmelser viktig for å håndtere utagerende situasjoner. Regelverket må være tilpasset hensynet til den tvangsinnlagtes rettssikkerhet og personlige integritet, samtidig som den personlige sikkerhet for institusjonens ansatte ivaretas på en tilfredsstillende måte. Disse to hensyn må balanseres i forhold til hverandre. I tillegg må man ikke glemme hensynet til den tvangsinnlagtes medpasienter. Deres krav på oppfølging og behandling, rett til privatliv etter EMK art. 8, og generelle vern av sin personlige integritet, jf. sosialforskriften § 5-2, tilsier at regulering er nødvendig for å sikre dette. Foruten disse overordnede regler og normer har man også bestemmelser i sosialforskriften som gir absolutte skranker for hva som kan tillates under tvangsoppholdet, se § 5-14 om forbud mot tvang som ledd i behandling og § 5-15 om forbud mot bruk av visse tvangstiltak og tvangsmidler som straff.

Inngrepshjemler som regulerer tvangsoppholdet, kan gå på bekostning av pasientens rettsikkerhet. Sikring av dette hensynet har resultert i flere formelle krav i gjennomføringsbestemmelsene som tillater bruk av tvangsmidler. Notoritet og begrunnelse, se krav i sosialforskriften § 5-6 siste ledd, samt informasjonskrav og klageadgang jf. sosialforskriften § 5-17, skal ivareta pasientens rettssikkerhet. Vernet av rettssikkerhet

inkluderer også et annet hensyn, nemlig krav om forutberegnelighet i forhold til sin egen rettsstilling. Den som tvangsinnlegges skal ikke risikere vilkårlige avgjørelser. Dessuten skal legalitetsprinsippet også sørge for forutberegnelighet gjennom klare og tilgjengelige lovhjemler. Dette overordnede prinsipp skal forhindre inngrep i en persons rettssfære uten hjemmel i lov eller annet egnet grunnlag.²⁰ Utgangspunktet er et strengt hjemmelskrav for slike inngrep, men rettspraksis har likevel gått lang i å godta hjemmelsgrunnlag som ikke er ubetinget entydige. Et eksempel på det har man i Rt.1993 s. 249, hvor begjæring om utskrivelse fra tvunget psykisk helsevern ikke ble tatt til følge av Høyesterett. Selv om begrunnelsen for fortsatt opphold (utsikt til forverring) ikke falt direkte inn under lovens ordlyd, så kunne pasienten likevel holdes i institusjon og tvangsmedisineres, se avgjørelsens side 255 og 256. Avgjørelsen viser at legalitetsprinsippet selv ved administrativ frihetsberøvelse, ikke tolkes like strengt som prinsippet skulle tilsi.

Inkludert i rettssikkerhetskravet er også retten til å ha visse verdier i fred.

Selvbestemmelsesretten må sikres så langt det er mulig, og gjennomføringsbestemmelsene er utformet i tråd med dette, se sosialtjenesteloven § 7-11 første ledd hvor utgangspunktet er frihet til selv å bestemme i personlige spørsmål. Likevel er det slik at tvangsvedtaket i seg selv uansett innebærer tilsidesettelse av disse grunnleggende rettigheter.

Bevegelsesfriheten er naturlig begrenset som ledd i tvangsoppholdet. Foruten de muligheter gjennomføringsreglene gir, kommer også andre begrensninger som institusjonens husordensregler.²¹ Disse har ikke den tvangsinnlagte annet valg enn å godta, men de kan uansett ikke stride mot lov eller forskrift.

3.2 Personell kompetanse

3.2.1 Hvem avgjør hva?

Flere aktører er involvert under gjennomføringen av tvangsoppholdet. Kompetansen deles mellom sosialtjenesten, fylkesnemnda, det regionale helseforetak og institusjonen.

²⁰ Eckhoff (2006) s. 325-331

²¹ Se uttalelse om behov for regulering av husordensregler i Ot.prp.nr.29 (1990-1991) s. 110

Ansvarsfordelingen er gitt i flere regelsett, og som det kan være vanskelig å orientere seg i. I det følgende vil jeg derfor se nærmere på hvem som er kompetent på hvilke områder for å gi et bedre innblikk i samspillet mellom de ulike organer. For å gi en tilfredsstillende oversikt har jeg her i tillegg valgt å ta med kompetansefordelingen før gjennomføringen av tvangsoppholdet starter.

Ansvar for å reise tvangssak, samt iverksettelse av et eventuelt tvangsvedtak, ligger hos sosialtjenesten etter sosialtjenesteloven § 10-4. Sosialtjenesten i kommunen forvalter 1. linjetjenestene, og har gjerne fulgt rusmiddelmissbrukeren over lengre tid. Slik fanges det opp eventuelle behov for videre behandling og oppfølging av 2. linjetjenestene ved spesialisthelsetjenesten. Sosialtjenesteloven § 9-4 pålegger sosialtjenesten å utarbeide en redegjørelse for grunnlaget for et tvangsvedtak, som danner basis for fylkesnemndsbehandlingen. Der hvor alle vilkår for tvangsinnleggelse er oppfylt, fattes vedtaket i fylkesnemnda, jf. sosialtjenesteloven § 9-1. I vedtaket avgjøres flere spørsmål som har betydning for gjennomføringen. Dersom sosialtjenesten har lagt frem forslag til tvangsinstitusjonsplass i saksfremlegget kan fylkesnemnda ta dette inn i vedtaket.²² Mer om problemstillinger rundt valg av institusjon kommer jeg tilbake til under punkt 3.3.2. I fylkesnemndsvedtaket tas det også stilling til lengden, og eventuelt adgang til urinprøvetaking²³, samt adgang til fravær fra institusjonen. Det er imidlertid omdiskutert hvorvidt det siste er nødvendig eller ikke, se punkt 4.8. Fylkesnemnda gir vanligvis adgang til tilbakeholdelse i opp til tre måneder etter § 6-2, men de kan fastsette mer konkret oppholdstid.²⁴ Vedtak etter § 6-2a vil være ut svangerskapet, men sosialtjenesten i samråd med institusjonen må vurdere grunnlaget for fortsatt tvangsinnleggelse minst hver tredje måned, jf. § 6-2a tredje ledd.

²² Rundskriv I-52/98 punkt 2.

²³ Se punkt 4.4.

²⁴ Fylkesnemnda har ikke i de vedtak jeg har gjennomgått angitt mer spesifikk tidsangivelse.

For midlertidig vedtak, jf sosialtjenesteloven §§ 6-2 fjerde ledd og 6-2a femte ledd, gjelder til dels andre personelle kompetanseregler, men dette er i utgangspunktet en unntaksregel og jeg går derfor ikke nærmere inn på disse her.²⁵

Tvangsplasser i institusjon for rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3, besørges av de regionale helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr.5. De regionale helseforetak har et ”sørge for”-ansvar for tvangsinstitusjonsplasser.²⁶ Kravet innebærer tilbud om tilstrekkelig antall plasser egnet til å ta imot tvangspasienter. Dette skjer ved opprettelse av plasser innenfor egne helseforetak, avtaler om bruk av plasser hos andre helseforetak eller ved avtaler med private institusjoner, se spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd.

Institusjonen hvor tvangsoppholdet skal gjennomføres, må være faglig og materielt i stand til å foreta gjennomføringen, jf. sosialtjenesteloven § 6-2 tredje ledd.²⁷ Sosialtjenesten er ansvarlig for at dette kravet er oppfylt, ellers vil ikke tvangsvedtaket kunne iverksettes, jf. sosialtjenesteloven § 10-4 annet ledd.²⁸

Under selve gjennomføringen er vedtakskompetansen etter sosialforskriften kapittel 5 enten tillagt ”institusjonen”, se eksempelvis sosialforskriften § 5-, eller ”styrer og stedfortreder” som henvist til i sosialforskriften § 5-6. Der ”institusjonen” innehar avgjørelseskompetanse gir regelen adgang til å delegere kompetansen til den aktuelle ansvarlige. Dette gjelder gjerne områder hvor presise regler kan settes på forhånd eller andre mindre inngripende områder, for eksempel nekting av besøk i kortere perioder jf. sosialforskriften § 5-10 annet ledd.

I bestemmelser hvor ”styrer og stedfortreder” har den personelle kompetanse vil det vanligvis omfatte bruk av tvangsmidler. Et slikt tilfelle er kroppsvisitasjon og ransaking av

²⁵ Mer om vilkår og praksis ved midlertidig vedtak i Søvig (2004) kap. 9.

²⁶ Se Ot.prp.nr.3 (2002-2003) s. 26.

²⁷ Tilsvarende krav finnes ikke i §6-2a, men tolkes inn igjennom krav om forholdsmessighet se Syse (2004) s. 180.

²⁸ Rundskriv I-52/98 punkt 2.

rom, jf. sosialforskriften § 5-6. Dette er et klart inngrep i pasientens personlige sfære. ”Styrer” er den med høyest myndighet innenfor institusjonen og i slike alvorlige tilfeller er det naturlig at det er forbeholdt denne å ta slike avgjørelser. I psykisk helsevernloven har man for tvangsinngrep §§ 4-3 til 4-7, lagt vedtakskompetansen til den faglig ansvarlige. Krav til kompetanse hos den faglig ansvarlige stilles i forskrift om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet av 1. desember 2000 nr 1219 §§ 2 til 4. Den faglig ansvarlige kan delegere sitt ansvar til leger med nærmere angitt spesialistkompetanse, forskriftens jf. § 5 første ledd. Her stilles strenge krav om kompetanse hos den som vedtar tvangstiltak og tvangsmidler. Dette innebærer et langt strengere og mer spesifikt krav om fagkompetanse bak avgjørelsen enn hva man har etter sosialforskriften, og vil ved slike inngrep vil utgjøre en viktig kvalitetssikring.

Utskriving foretas av institusjonen, men sosialtjenesten har plikt til å samarbeide med spesialisthelsetjenesten for å planlegge og forberede dette, jf. sosialtjenesteloven § 7-6a. Slik sikres videre oppfølging, samt at kommunen får tid på seg før de skal overta ansvaret for hjelpetilbudet.

Foruten spørsmålet om hvem som har den personelle kompetanse, vil også innholdet i avgjørelsene der de er basert på skjønn, reise ulike problemstillinger. Dette vil jeg nå se litt nærmere på.

3.2.2 Skjønnsutøvelse av forvaltningsorganene

Mange av lov- og forskriftsbestemmelsene som regulerer gjennomføringen, åpner for diskresjonært skjønn fra forvaltningen. Regelverket vil danne rammene for hva som kan avgjøres, mens den konkrete vurdering av om bestemmelsen faktisk skal anvendes, eller hva avgjørelsen skal inneholde, overlates til forvaltningen.²⁹ Ettersom spesialisthelsetjenesten er å regne som et forvaltningsorgan, jf. lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967 § 1, må de når enkeltvedtak fattes

²⁹ Eckhoff (2006) s. 356-366.

rette seg etter forvaltningslovens saksbehandlingsregler for eksempel krav om begrunnelse, jf. § 24.

Eksempel på en skjønnsbestemmelse er lov- eller forskriftstekst som uttrykker at tiltak ”kan” iverksettes, se spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 første ledd hvor institusjonen ”kan” begrense adgangen til å forlate institusjonen. Dette ”kan”-skjønn overlater et relativt vidt spillerom ved hensiktsmessighetsvurderingen til det forvaltningsorgan som har kompetanse på området. Spørsmålet er hvilken type begrensninger forvaltningsskjønnet er underlagt, og hva som faktisk styrer skjønnsutøvelsen.

Der den skjønnsbaserte lovhjemmel gir adgang til å benytte tvangstiltak og tvangsmidler er det viktig at skjønnet utøves på en korrekt måte. Skranker for skjønnet er derfor utviklet i rettspraksis (myndighetsmisbrukslæren) for å forhindre urettmessige inngrep mot den bestemmelsen anvendes.³⁰ Dersom forvaltningsavgjørelsen bærer preg av å være uforholdsmessig, vilkårlig, forskjellsbehandling eller sterk urimelig vil den kunne kjennes ugyldig, se forvaltningsloven § 41.³¹

Institusjonenes fagkompetanse skal gjøre dem godt skikket til å ta avgjørelser i forhold til gjennomføringen av tvangsoppholdet for den enkelte. Det ville ikke være et alternativ i forbindelse med tvangsinnleggelser å innføre rigide regler uten innslag av skjønn. Det er heller ikke mulig å regulere gjennomføringsbestemmelsene med tanke på bestemte løsninger i enhver tenkelig situasjon. Alle tvangsopphold byr på individuelle vurderinger og løsninger som fordrer bruk av skjønn. Resultatet av dette ser vi i de mange ”kan”-bestemmelsene i reglene som regulerer tvangsopphold.

Behovet for smidige regler som kan tilpasses rusmiddelmisbrukerens beste, kan i verste tilfelle virke motsatt. Faren for ukorrekt bruk av skjønnsmyndigheten vil alltid være tilstede. Det er derfor viktig at de som skal utøve dette skjønnet har retningslinjer å støtte seg til for å sikre en god og uvilkårlig praksis. Sosial- og helsedepartementet gav i 1999 ut

³⁰ Echhoff (2006) s. 380-386.

³¹ Se Ot.prp.nr.29 s. 111 om krav om forhold mellom mål og middel.

Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3, til støtte for praktikerne. Imidlertid omhandler denne hovedsakelig vurderingsfasen og nemndsbehandlingen, men ikke i særlig grad selve gjennomføringen.³² Veiledning om gjennomføring av tvangsoppholdet, må søkes fra annet hold. For utenom lov og forskrifter, som ikke kan betegnes som særlig innholdsmessig presise, er det få kilder på dette området, se punkt 1.2. For skjønnsutøvelsen kan det bety at vurderingsgrunnlaget for avgjørelsene ikke alltid vil være så god som ønskelig.

De overordnede regler og normer, med respekt for individets selvautonomi i spissen, se punkt 2.3, bidrar gjennom å sette ytre grenser for skjønnsanvendelsen.

Ved skjønnsutøvelse overfor tvangsinnlagte rusmiddelmisbrukere må alltid formålet med oppholdet has for øyet når gjennomføringsbestemmelsene praktiseres. Formålet utgjør den viktigste retningslinje i hensiktsmessighetsskjønnet. Tilsier situasjonen at tiltak ikke vil kunne bidra til å oppfylle formålet med tvangsoppholdet, så bør det ikke gjennomføres. Forskjell i formål for tvangsinnleggelse etter § 6-2 og § 6-2a gjør at grensene for skjønnet kan dras ulikt. Når man etter § 6-2a har som hovedformål under tvangsoppholdet å hindre skade på fosteret, så gir det adgang for institusjonen til strengere tiltak for å hindre at pasienten ruser seg enn det man nødvendigvis gjør etter § 6-2 hvor målet er at pasienten i løpet av oppholdet blir motivert for senere behandling.

3.3 Pasientrettigheter under tvangsinnleggelsen

3.3.1 Utviklingen av rusmiddelmisbrukeres pasientrettigheter

Rusmiddelmisbrukere som får et tvangsvedtak mot seg risikerer ikke bare negative tiltak mot seg under tvangsoppholdet. Straks tilbakeholdelsen i rusinstitusjonen er iverksatt gir det automatisk den innlagte rettigheter gjennom sin status som pasient. Pasientstatusen inntreffer i det øyeblikk rusmiddelmisbrukeren får tilbud om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 litra a jf. bokstav d.

³² Se *Handlingsveilederen* (1999) kap. 6 s. 29

Pasientrettighetene kom som en følge av at rusreformene overførte resten av ansvaret for rusmiddelbehandlingen i institusjon til spesialisthelsetjenesten, slik at alle nå hadde status som pasient. Spørsmål oppsto etter dette hvilke pasientrettigheter som konkret tilkom rusmiddelmisbrukere med behov for behandling.³³ På basis av likhetshensyn uttalte sosialkomiteen under behandlingen av rusreformene, jf. Innst.O.nr.4 (2003-2004) s.14:

”Komiteen vil særlig peke på at avgjørende for en fremtidig positiv ruspolitisk utvikling vil være at rusmiddelavhengige gis et kvalitativt godt behandlingstilbud med mulighet for både en helsefaglig og sosialfaglig tilnærming, at rusmiddelavhengige i behandling gis pasientstatus på lik linje med andre pasientgrupper, at rusmiddelavhengige gis fri behandling og at de som gruppe og enkeltindivider frigjøres fra det nedverdiggende og stigmatiserende klientstempel de hittil har hatt.”

Dette sitatet oppsummerer mange av de intensjoner som danner bakgrunnen for rusreformene. Et forslag om klargjøring av rusavhengiges pasientrettigheter er nå utarbeidet i et høringsnotat av 17. juli 2006.³⁴ Endringene er hovedsakelig presiseringer av allerede gjeldende praksis som: rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering og fornyet vurdering, og rett til valg av sykehus.³⁵

For selve gjennomføringen av tvangsopphold etter §§ 6-2 og 6-2a har fritt sykehusvalg, og krav på individuell plan og tiltaksplan, spesielt betydning.³⁶ Selv om valg av institusjon skjer før tvangsoppholdet påbegynnes, har jeg likevel valgt å behandle dette da valg av institusjon har betydning for gjennomføringsopplegget for den enkelte. Spesifikke krav til gjennomføringsopplegget eksisterer ikke. Det er derfor opp til rusinstitusjonene selv å

³³ Werpen (2005) s. 40.

³⁴ Se høringsnotatet s. 6.

³⁵ Se Rundskriv I-8/2004 *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven* s. 4-5 og kap.3.

³⁶ Oppsummering av rusmiddelmisbrukeres pasientrettigheter i Syse (2004) s. 172-173.

bestemme opplegget utover gjennomføringsreglene. Dette kan bety mye for den tvangsinnlagte rusmiddelmissbruker.

3.3.2 Rett til valg av sykehus

Pasienten har etter pasientrettighetsloven § 2-4 første ledd ”rett til å velge” hvor behandlingen skal foretas, enten det er på offentlige institusjoner, eller private institusjoner med avtale med det regionale helseforetak. Fritt valg av sykehus ble innført som en rettighet i pasientrettighetsloven med ikrafttredelse fra 01.01 2001.³⁷ Undersøkelse, behandling, og rehabilitering, kan nå i prinsippet utføres hver for seg i tre ulike sykehus dersom pasienten ønsker dette. De færreste institusjoner som tar imot innlagte etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a er definert som ”sykehus”, og faller derfor utenfor rekkevidden av pasientrettighetsloven § 2-4. Usikkerhet hvorvidt man i slike tilfeller har rett til fritt valg av institusjon derfor har vært rådende.³⁸

Etter departementets instruks skal likevel retten til fritt valg av behandlingsinstitusjon omfatte behandling for rusmiddelavhengighet.³⁹ Dette er pålagt gjennom statlig eierstyring, og ble iverksatt fra 1. januar 2004.⁴⁰ Fritt valg av behandlingsinstitusjon skal da i prinsippet omfatte alle plasser på institusjoner utpekt av de regionale helseforetak, se spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a annet ledd. Klargjøring av rusmiddelmissbrukeres rett til fritt valg av behandlingsinstitusjon inngår i det nevnte høringsnotat av 17.juli 2006. I lys av gjeldende rett innebærer dette derfor ikke endring av praksis etter pasientrettighetsloven § 2-4.

Eksisterende praksis rundt pasientrettighetsloven § 2-4, skiller ikke mellom frivillig og tvunget opphold i rusinstitusjon. Likevel er det en vesensforskjell når behandlingsinstitusjon skal velges. Grunnen er at det ved tvangsvedtak, er fire ulike aktører

³⁷ Viktige utvidelse av retten til valg av sykehus (inkludering av private) kom i lov 12. desember 2003 nr.110.

³⁸ Werpen (2005) s. 40.

³⁹ Se høringsnotatet s.6.

⁴⁰ Se rundskriv IS-12/2004 *Lov om pasientrettigheter* s.20-21.

som har myndighet i saken: sosialtjenesten, det regionale helseforetak, fylkesnemnda og rusmiddelmisbrukeren.

Fylkesnemnda kan i tvangsvedtaket fastsette hvor tvangsoppholdet skal gjennomføres dersom den ønsker det, se sosialtjenesteloven § 6-2 annet ledd jf. første ledd.⁴¹ Inneholder tvangsvedtaket fastsatt institusjonsplass, må dette være avgjørende. Før måtte fylkesnemnda ta stilling til valg av institusjonsplass, men etter en lovendring som trådte i kraft 01.01.1999 ble dette vilkåret fjernet for å skape mer fleksibilitet.⁴² I praksis vil det kun fastsettes i vedtaket der sosialtjenesten i saksfremlegget har foreslått institusjon.

Plassen stilles til disposisjon av det regionale helseforetaket, og det er forutsatt i Ot.prp.nr.3 (2002-2003) på side 26 at det samarbeides med sosialtjenesten for å finne den plass som er best egnet. Hvilken innflytelse det regionale helseforetaket konkret har på valg av institusjonsplass et imidlertid etter dagens praksis usikkert.⁴³ Rundskriv U-1/2004 som kom etter rusreformenens ikrafttredelse nevner kun sosialtjenestens rolle, og ikke noe om det regionale helseforetak utover plikten til å utpeke tvangsinstitusjoner. Dette kan peke i retning av at det regionale helseforetak ikke er ment å ha betydelig innflytelse på plassvalget.

Sosialtjenesten har også kompetanse til å fastsette tvangsinstitusjonsplass, med den begrensning at institusjonen må være faglig og materielt i stand til å ta i mot pasienten for at de kan iverksette dette, jf. sosialtjenesteloven § 6-2 tredje ledd.⁴⁴ Det forutsettes i Ot.prp.nr.78 (1997-1998) punkt 2.3.2, at sosialtjenesten med sin kunnskap om både institusjonene og rusmiddelmisbrukerens behov vil være kompetent til å ta et slikt valg. Ettersom det er få institusjoner som oppfyller disse krav, vil valgmuligheten i praksis være

⁴¹ Se rundskriv I-52/98 punkt 2.

⁴² Ot.prp.nr.78 (1997-1998) punkt 2.3

⁴³ Werpen (2005) punkt 3.1.2.

⁴⁴ Klage på sosialtjenestens valg av institusjon kan påklages til Helsetilsynet i fylket, se punkt 3.4.

begrenset. Dersom sosialtjenesten ikke har funnet egnet institusjonsplass før fylkesnemnda fatter et tvangsvedtak, kan dette bestemmes etterpå.⁴⁵

Til sist har rusmiddelmissbrukeren selv rett til å bli hørt ved valg av institusjonsplass. Dette følger av nevnte praksis rundt pasientrettighetsloven § 2-4, og i Ot.prp.nr.3 (2002-2003) side 26 hvor det ble presisert at: *"I den grad det er mulig eller hensiktsmessig bør rusmiddelmissbrukeren høres."* Hva lovpresiseringene i det nye høringsnotatet innebærer kommer jeg straks tilbake til. Plikt til å samarbeide med rusmiddelmissbrukeren pålegges uansett etter sosialtjenesteloven § 8-4 og pasientrettighetsloven § 3-1.

Dersom institusjonsplass ikke er fastsatt i fylkesnemndsvedtaket har ingen av de andre aktørene avgjørende myndighet. Løsning på problemet er ikke gitt i lov eller forarbeider, men et forslag har vært et forhandlingsmøte mellom partene med Helsetilsynet i fylket som nøytral oppmann/kvinne.

En klargjøring av rusmiddelmissbrukeres pasientrettigheter er som nevnt foreslått av departementet. Høringsforslaget inneholder to alternativer, se side 28 og 29. Alternativ 1 gir en generell rett til fritt valg av rusinstitusjon, med unntak for tvangsinnlagte etter sosialtjenesteloven som bare har muligheten dersom *"det ikke vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med inntaket."* Utdypende forskriftshjemmel foreslås i tillegg. Alternativ 2 gir fritt valg av institusjon uten unntak, men med fullmaktshjemmel til å fastsette videre forskrift på området. Uansett er det klart at departementet av likhetshensyn, og hensyn til den enkeltes integritet, ønsker å sidestille alle pasienter, tvangsinnlagt eller ikke, i størst mulig grad.

⁴⁵ Werpen (2005) s. 41 synes å mene at rettssikkerheten reduseres for rusmiddelmissbrukeren når overprøving av institusjonsvalget ikke kan foretas av domstolene. Men når sosialtjenesten gjør vedtaket kan det klages til fylkesmannen, jf. sosialtjenesteloven § 8-6, ettersom dette må være et enkeltvedtak.

Begrunnelsen for restriksjoner i valgmuligheten kan være vanskeligheter for sosialtjenesten med oppfølgingen av pasienten og samarbeid med institusjonen av geografiske årsaker. Der rusmiddelmissbrukeren krever å få plass på en institusjon som ikke har plass i overskuelig fremtid må det også gi grunnlag for å se bort i fra ønsket.

Lovendringen tar også sikte på å harmonisere reglene om rett til fritt sykehusvalg for rusmiddelmissbrukere med reglene som gjelder for tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven. En annen lovendring i lov 13. juni 2006 nr. 45 (ikke i kraft) gjør nå at psykiatriske institusjoner tar imot rusmiddelmissbrukere med dobbeltdiagnose for tvangsopphold eller frivillig behandling etter psykisk helsevernloven, se ny § 1-1a.⁴⁶ Tidligere har det også vært adgang til å ta imot ruspasienter med psykiske tilleggsskader ved psykiatriske institusjoner, men da etter reglene i sosialtjenesteloven, se rundskriv I-8/2004 side 13. Dette kommer jeg nærmere inn på under punkt 5.1.

3.3.3 Tiltaksplan og individuell plan

Et middel for å følge opp og sikre rett behandling av rusmiddelmissbrukere, er utarbeidelsen av tiltaksplan, jf. sosialtjenesteloven § 6-1 femte ledd,⁴⁷ og individuell plan, jf. sosialtjenesteloven § 4-3a,⁴⁸ spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og pasientrettighetsloven § 2-5. Begge disse typer planer skal kartlegge behov og legge opp videre plan for tilbud og koordinering av tjenester for de tvangsinnlagte rusmiddelmissbrukere. Spørsmålet i den forbindelse er om man har behov for begge plantyper, og eventuelt hvilken rolle disse to typer planer spiller i forhold til hverandre.

Sosialtjenesten er pliktig til å utarbeide tiltaksplan for tvangsinnlagte rusmiddelmissbrukere, jf. sosialtjenesteloven § 6-1 siste ledd. Planen tilpasses de individuelle behov, og ønsker og behov som rusmiddelmissbrukeren har må vektlegges tungt for å sikre en suksessfull

⁴⁶ Ot.prp.nr.65 (2005-2006) s. 85.

⁴⁷ Innført ved lov 18. desember 1998 nr. 87.

⁴⁸ Innført ved lov 28. november 2003 nr. 99.

oppfølging fra begge parter. Plikt til å rådføre seg med rusmiddelmisbrukeren ved utarbeidelsen av planen følger av sosialtjenesteloven § 8-4. Dessverre skjer det ofte at tiltaksplan ikke utarbeides tross plikt til dette, se Riksrevisjonens rapport St.dok 3:12 (2004-2005) side 36 som fant at plan manglet i 54% av tvangssakene.

Hensikten bak tiltaksplanen er ifølge forarbeidene å presisere kommunens ansvar, og sikre at dette blir fulgt opp. Tiltaksplanen skal, ifølge Ot.prp.nr.78 (1997-1998) side 8, være *”(...)tilpasset den enkelte misbrukers individuelle situasjon, og tar i betraktning behovet for langsiktig behandling og rehabilitering, og at det ofte er behov for bistand fra flere etater.”*. Mer om det faktiske innhold er ikke utdypet verken i loven eller forarbeidene. Adgang til å gi forskrifter om dette ble gitt i § 6-1 siste ledd, uten at dette har blitt fulgt opp.

Formålet med tiltaksplan er tilsynelatende ikke ulikt formålet med individuell plan, og man kan derfor spørre seg hva forskjellen egentlig er mellom dem. Dette er ikke kommentert i verken Ot.prp.nr.54 (2002-2003) (*Rusreform II og rett til individuell plan*), eller andre publikasjoner fra departementet.

Rett til individuell plan hjemles som nevnt i sosialtjenesteloven § 4-3a. Bestemmelsen gjelder alle tjenestemottakere som etter loven har krav på *”langvarige og koordinerte tjenester”*. Definisjonen av tjenestemottaker er gitt i Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23. desember 2004 nr.1837 (forskrift om individuell plan) § 4 første ledd.

Individuell plan skal utarbeides av den som først kommer i kontakt med rusmiddelmisbrukeren, se forskrift om individuell plan § 6.⁴⁹ Sosialtjenesten vil i praksis være den som først kommer i kontakt med rusmiddelavhengige. Rusmiddelmisbrukere som tvangsinnlegges, har vanligvis så store problemer at de har behov for *”langvarige og koordinerte tjenester”* jf. sosialtjenesteloven § 4-3a. Ved innleggelsen bør derfor ideelt sett individuell plan allerede foreligge.

⁴⁹ Se redegjørelse: *Rusmiddelsituasjonen i Norge*. (2004) s. 41.

Etter sosialtjenesteloven § 4-3a har man kun en rett til individuell plan, mens plikt til å utarbeide slik plan gis i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. For rusmiddelmissbrukere som tvangsinnlegges, betyr det at dersom individuell plan ikke allerede er utarbeidet, så utløses uansett plikten ved behandlingstilbudet fra helseforetaket. Bestemmelsene om individuell plan i de ulike helse- og sosiallover er utformet forskjellig. Likefullt er det forutsatt i Ot.prp.nr.54 (2002-2003) på side 64, at rett til individuell plan utløser korresponderende plikt for tjenesteyter til å utarbeide slik plan.⁵⁰ I veileder IS-1253 *Individuell plan 2005* side13 uttales det også at: ”*Formelt sett er reguleringen i de ulike lovene forskjellige, men det reelle innholdet er i hovedsak likt.*”. Det må her påpekes at rett til individuell plan ikke utløser et rettskrav på de tjenester den omfatter.⁵¹

Et spørsmål er om rusmiddelmissbrukeren må samtykke til utarbeidelse av individuell plan eller tiltaksplan. Forskrift om individuell plan § 5 første ledd krever samtykke for utarbeidelse av individuell plan. Unntak fra dette gjelder kun ved tvunget psykisk helsevern jf. annet ledd. Behov for samtykke begrunnes i utveksling av taushetsbelagte opplysninger mellom de ulike tjenesteyterne. Mange av de samme grunner som unntar samtykkeplikten ved tvunget psykisk helsevern, vil foreligge ved tvangsinnleggelser etter sosialtjenesteloven. Begge grupper kan ha vanskelig for å ivareta sine egne behov og vil i mange tilfeller ikke selv kunne vurdere behov for individuell plan.

Ut ifra et likhetshensyn kan man argumentere for at krav om samtykke til individuell plan ikke bør settes når tvangsinnlagte rusmiddelmissbrukere vil kunne tilbakeholdes i psykiatriske institusjoner regulert av psykisk helsevernloven, slik at de der kan få utarbeidet plan tross manglende samtykke.⁵²

Samtykkekrav er ikke stilt opp ved tiltaksplan, jf. sosialtjenesteloven § 6-1 femte ledd, som kun retter seg mot rusavhengige på tvangsopphold. Spørsmål om samtykke blir heller ikke tatt opp i forarbeidene. Mangel på krav om samtykke, sammenholdt med at bestemmelsen

⁵⁰ Kjellevold (2005) s.22-28

⁵¹ NOU 2004:18 s.. 90.

⁵² Jf. lov 30. juni 2006 nr.45 § 1-1a annet ledd(ikke i kraft).

først og fremst retter seg mot rusmiddelmisbrukere under tvang, taler etter min mening for at samtykke ikke anses som nødvendig.

Etter likhetsbetraktninger mener jeg at man derfor bør vurdere å endre bestemmelsen i forskrift om individuell plan § 5, slik at også rusmiddelmisbrukere tvangsinnlagt etter sosialtjenesteloven unntas fra samtykkeplikt.

Tilsynelatende er ikke formålet med de to typer planer særlig forskjellige. Spørsmålet er om det er behov for begge typer, eller om man kun bør benytte en av typene.

Krav om tiltaksplan er gitt spesielt for rusmiddelmisbrukere i motsetning til individuell plan som gjelder alle tjenestemottakere. Ettersom tiltaksplan er spesielt rettet mot rusmiddelmisbrukere så vil en lex specialis tankegang medføre at dette vil være den foretrukne plantype dersom ikke tydeligere skille mellom dem synliggjøres fra lovgivers side. Ot.prp.nr.54 (2002-2003) sier dette om forholdet mellom individuelle planer og andre plantyper:

”Andre individuelle planer (som for eksempel behandlingsplan eller omsorgsplan) samordnes og tilpasses den overordnede individuelle planen. Andre planer som er utarbeidet for brukeren kan tilfredsstille kravet til individuell plan, selv om den ikke er utarbeidet med det for øye.”

Konklusjonen er at individuell plan er overordnet andre plantyper.⁵³ Retten til individuell plan er nå inntatt i alle aktuelle helse- og sosiallover. Derfor er det naturlig at individuell plan får en slik posisjon. Samme type plan på alle områder vil også lette samordning mellom organene. Spesialforskrift på området gjør i tillegg at innhold og praksis blir mer enhetlig og hensiktsmessig.

⁵³ Samme konklusjon i NOU 2004:18 s. 90.

Behovet for egen tiltaksplan kan etter dette synes unødvendig. Generelt sett har arbeidet med individuell plan, langt oversteget grep som er tatt i forhold til tiltaksplan. Rutiner og kunnskap om individuell plan gjør bestemmelsen lettere å praktisere. Etter min mening har derfor individuell plan tatt over for tiltaksplan. Den eneste situasjon hvor det fortsatt er behov for tiltaksplan, er de tilfeller rusmiddelmissbrukeren ikke samtykker til individuell plan. Tiltaksplan kan da på grunn av manglende samtykkekrav være en løsning. Jeg antar at dette vil gjelde få tilfeller. Derfor kan sosialtjenesteloven § 6-1 femte ledd ikke lenger anses å inneholde et reelt selvstendig krav. Individuell plan vil i de aller fleste tilfeller møte de behov som foreligger.

3.4 Oversikt over klagereglene

Ønsker rusmiddelmissbrukeren å klage på forhold under tvangsoppholdet, så styres dette av hvilken del av gjennomføringen klagen retter seg mot. Dersom klage fremsettes for brudd på pasientrettighetsloven, vil pasientrettighetsloven kapittel 7 regulere klageprosessen. Er derimot tvangstiltak eller tvangsmidler benyttet etter sosialforskriften, vil klageadgangen i de enkelte bestemmelser, sammenholdt med § 5-17, gi fremgangsmåten.

Først til klage etter pasientrettighetslovens kapittel 7. Klageorgan er Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-2. Formelle krav og frist for klagefremlegg følger av henholdsvis pasientrettighetsloven §§ 7-3 og 7-5. For tvangsinnlagte rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven vil det være mest aktuelt å klage på brudd på rettigheter etter pasientrettighetsloven kapittel 2, se § 7-1. Eksempel på dette vil være brudd på retten til individuell plan § 2-5.

For klager etter sosialforskriften er fylkesmannen kompetent organ, jf. forskriftens § 5-17. Etter rusreformen endringer tolkes imidlertid regelen slik at Helsetilsynet i fylket er klageorgan ved klager på institusjonen ved gjennomføring av tvangsopphold jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr.5, se rundskriv I-8/2004 side 16.⁵⁴ Dette er

⁵⁴ Se også høringsnotatet s. 22.

ikke noen rettslig nødvendighet, selv om ansvaret for rusinstitusjonene ble overført til staten. Men praktisk sett er det den mest hensiktsmessige løsning, når Helsetilsynet i fylket er tilsynsmyndighet for spesialisthelsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 nr.15 § 2 (tilsynsloven) § 2. Et organ som både har tilsyns- og klagebehandlingskompetanse vil ha en grundigere kjennskap til hvordan tjenestetilbudet fungerer og hvordan det ideelt sett bør fungere. Forutsetningsvis vil de derfor kunne utføre sin oppgave bedre enn hvis de kun hadde ansvar for en av delene. Der sosialtjenesten er ansvarlig for vedtaket det klages over, er fylkesmannen fremdeles rett klageorgan, jf. sosialtjenesteloven § 8-6. Dersom fylkesnemnda fastsetter institusjonsplass, må en eventuell klage over dette rettes mot domstolene, jf. sosialtjenesteloven § 9-10, som da overprøver hele vedtaket.

Kun bestemmelsen om postkontroll jf. sosialforskriften § 5-4, nevner klageadgangen spesifikt. Dette selv om alle bestemmelser om tvangstiltak og tvangsmidler inneholder øvrige prosedyrer rundt vedtaket som begrunnelse og protokollføring. Bestemmelser om bruk av tvangstiltak, som kroppsvisitasjon og ransaking etter § 5-6, samt beslaglegging og tilintetgjørelse etter § 5-7, nevner ikke klageadgang. Klage på tvangsbruk etter disse bestemmelsene følger imidlertid av forskriftens § 5-17 annet ledd, hvor dette alltid kan påklages til klageorganet. Hvilke forskriftsbestemmelser som faller inn under ”*tvangsbruk*” i § 5-17 annet ledd konkretiseres ikke, men rundskriv I-1/93 *Lov om sosiale tjenester m v* side 224 henviser til nåværende⁵⁵ bestemmelser: §§ 5-6, 5-7, og 5-14 til 5-16.

Klage på nekting av besøk, jf. forskriften § 5-10, omfattes ikke av nevnte klagemuligheter. Men dette må anses som enkeltvedtak da dette må anses som et viktig gode for pasienten, jf. lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967 § 2 første ledd bokstav b, og må derfor kunne påklage i medhold av denne lovs kapittel 6

⁵⁵ Endret ved forskrift 22 des 1999 nr. 1378.

Informasjon om klageadgang og mulighet til møte med tilsynsmyndigheten skal gis til pasientene av institusjonens leder, jf. sosialforskriften § 5-17 siste ledd. Gjennom dette kravet økes deres bevissthet i forhold til sin egen rettsstilling.

Klageinstansen kan prøve alle sider av beslutningen etter de forhold som forelå på avgjørelsestidspunktet, se sosialforskriften § 5-17: ” *Fylkesmannen [sic] prøver om tvangsvedtaket er lovlig og forsvarlig.* ”. Nye forhold skal også tas hensyn til, og forvaltningens skjønn skal klageinstansen være tilbake holden med å etterprøve, jf. forvaltningsloven § 34 annet ledd.

3.5 Tilsyn med gjennomføringen

Tilsynsorgan for institusjonen er Helsetilsynet i fylket jf. tilsynsloven § 2.⁵⁶ Ved tvangsinnleggelse etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 eller 6-2a, skal tilsynsmyndigheten varsles jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-13 slik at de kan kontrollere at oppholdet gjennomføres etter de fastlagte bestemmelser. Tilsvarende skal de varsles ved utskriving jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-15. Ansvar for tilsyn med sosialtjenesten er fylkesmannen, jf. sosialtjenesteloven § 2-6, men med unntak av iverksettelse og anbringelse vil det for gjennomføringen ikke ha særlig betydning. Jeg konsentrerer meg derfor i det følgende om Helsetilsynet i fylket.

Tilsynsordningen var tidligere regulert i sosialforskriften kapittel 3. Etter at tilsynsorganet nå er Helsetilsynet i fylket er dette kapittelet foreldet.⁵⁷ Helsetilsynet i fylket har egne tilsynsrutiner, se forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 nr.1731. De benytter systemrevisjonsmetoden, jf. forskriftens § 4, som da har erstattet reguleringene i sosialforskriftens tilsynskapittel.

⁵⁶ Rundskriv I-8/2004 s. 16

⁵⁷ Syse (2004) s. 183.

Manglende tilsyn med tvangsinnleggelser etter sosialtjenesteloven er kritisert.⁵⁸ Etter at Helsetilsynet i fylket overtok ansvaret og utfører tilsyn etter sine rutiner, finnes det ingen krav om hvor ofte kontrollene skal foretas. Dette er betenkelig sammenlignet med løsningen i psykisk helsevernloven hvor kontroll av hver enkelt pasient skal skje etter maksimum 3 måneder jf. § 4-9. Ytterligere forskrifter på området er gitt i Forskrift om kontrollkommisjonens virksomhet 21. desember 2000 nr.1408. Forskriften skjerper kravet til kontrollbesøk til minst en gang i måneden i institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser ved døgnopphold, se § 4-1 som også krever uanmeldte besøk.

For å sikre en tilnærmet lik oppfølging av tvangsinnlagte rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven bør det settes krav til hyppighet av tilsynsbesøk.

Tvangsinnleggelser medfører også et større behov for jevnlig tilsyn enn for de fleste andre tjenester for å kontrollere at rettssikkerheten ivaretas med videre.

4 Regulering av gjennomføringen

4.1 Iverksettelse og anbringelse

Iverksettelsesfristen for fylkesnemndas tvangsvedtak er maksimalt 6 uker, jf. § 6-2, og to uker etter § 6-2a, ellers faller det bort. Frist for iverksettelse er satt av flere grunner. For den vedtaket gjelder må det kreves forutberegnelighet rundt gjennomføringstidspunkt for tvangsoppholdet. Man skal ikke risikere å ha et tvangsvedtak ”hengende” over seg i flere måneder inntil det er løpt ut. Tidsfristen gir også sosialtjenesten press på seg til å få forgang i slike saker av alvorlig karakter. Sosialtjenesten har da en frist (og et påskudd) til å vurdere forholdene rundt rusmiddelmisbrukeren og hensikten med tvangsinnleggelse på nytt, se sosialtjenesteloven §§ 6-2 tredje ledd og 6-2a fjerde ledd. Utgangspunktet er at man skal benytte frivillige tiltak der det kan la seg gjøre, se §§ 6-2 første ledd og 6-2a første ledd. Tilsier nye forhold at slike tiltak kan føre frem skal andre løsninger enn

⁵⁸ Welle-Strand (1998).

tvangsinnleggelse benyttes. Sosialtjenesten har ansvaret for iverksettelse også i slike tilfeller, se sosialtjenesteloven § 6-1 første og annet ledd.⁵⁹

Ansvar for anbringelsen til institusjonen påligger sosialtjenesten, jf. sosialtjenesteloven § 10-4 annet ledd.⁶⁰ Denne prosessen kan medføre bruk av fysisk makt. Etter sosialtjenesteloven § 8-9 og spesialisthelsetjenesteloven § 6-4, har politiet plikt til å bistå sosialtjenesten dersom det er ønskelig. Politiets kompetanse på maktbruk og alternative metoder kan gjøre anbringelsen mer skånsom for rusmiddelmisbrukeren. Tross adgang til å benytte politi ved anbringelsen, gis ikke uttrykkelig hjemmel for bruk av fysiske maktmidler. Likevel må § 8-9 sett i sammenheng med tvangsvedtak etter §§ 6-2 og 6-2a, som hjemler *tilbakeholdelse* uten eget samtykke, gi tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag for fysisk tvangsutøvelse ved anbringelsen.⁶¹ At gjennomføringen av tvangsopphold skal avhenge av rusmiddelmisbrukerens egen vilje til å møte opp til innleggelse rimer ikke under noen omstendighet. I praksis viser det seg at tvang i forbindelse med institusjonsanbringelsen ofte ikke er nødvendig. Ikke sjelden samtykkes det til tvangsinnleggelsen under saksprosessen, slik at anbringelsen ikke skaper problemer.⁶²

Iverksettelse av tvangsopphold avhenger av at institusjonen sosialtjenesten har valgt er faglig og materielt kapabel til dette, jf. § 6-2.⁶³ Mer om ansvaret i tilknytning til institusjonen under punkt 3.2.1. Problemer kan oppstå dersom alle tvangsinstitusjoner har fullt belegg, og ingen andre egnede institusjoner kan gi et tilbud.⁶⁴ Det regionale helseforetak har som nevnt ansvaret for å finne plasser, men er naturligvis avhengig av at

⁵⁹ Se rundskriv I-1/94 om sosiale tjenester s. 80.

⁶⁰ Kommentarer til anbringelsesprosessen i Handlingsveilederen s. 29.

⁶¹ Se samme forståelse i rundskriv I-1/94 s. 79

⁶² Se Søvig (2004) s. 217-218 og Øiern (2002) s. 6.

⁶³ For § 6-2a innfortolkes dette i krav om at inngrepet må være forholdsmessig, se Syse (2004) s. 180

⁶⁴ Se Riksrevisjonen. St.meld. nr.3:12(2004-2005) s. 37.

tilfredsstillende plasser er ledige. I verste fall løper iverksettelsesfristen for fylkesnemndas vedtak ut i ventetiden, slik at nytt vedtak er nødvendig.

En problemstilling i forhold til anbringelsen er hvem som skal dekke transportkostnadene. All transport til behandling i spesialisthelsetjenesten omfattes av pasientrettighetsloven § 2-6 om rett til syketransport. Loven anvendes også for institusjonsplasser som omfattes av sosialtjenesteloven § 6-2 og 6-2a, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr.5.⁶⁵ Selv om sosialtjenesten står ansvarlig for tvangsanbringelsen, må bestemmelsen likevel tolkes slik at de regionale helseforetak må dekke transportkostnadene ettersom spesialisthelsetjenesteloven ikke skiller mellom frivillig og tvunget opphold.⁶⁶

4.2 Adgang til behandling

Tvangsinnleggelse etter sosialtjenesteloven § 6-2 skal jf. første ledd skje for: *”for undersøkelse og tilrettelegging av behandling”*, mens formålet etter § 6-2a første ledd er å beskytte fosteret, se punkt 2.1. Ingen av bestemmelsene hjemler direkte behandling for rusmiddelproblemene.

Tvangsbehandling er ikke tillatt, jf. sosialforskriften § 5-14, som forbyr tvangsmedisinering og bruk av fysisk tvang i behandlingen. Unntak er nødssituasjoner, jf. sosialforskriften § 5-16, som tillater tvangsbruk i visse tilfeller, se punkt 4.10.

Til tross for forbudet har det særlig tidligere blitt operert med uttrykket *”tvangsbehandling”* i forbindelse med tvangsopphold etter sosialtjenesteloven, se eksempelvis Ot.prp.nr.29 (1990-1991) s. 88.⁶⁷ Dette er uheldig i forhold til intensjonen og bruken av bestemmelsen. I

⁶⁵ Videre regulering i forskrift om dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling av 19 desember 2003 nr. 1756.

⁶⁶ Rundskriv I 8/2004 punkt 3.8 skiller heller ikke mellom grunnlagene for institusjonsopphold ved rett til syketransport for rusmiddelmisbrukere

⁶⁷ Se kommentarer til dette i Kjønnstad (2001) s. 405-406.

rundskriv I-1/93 side 148 vises det til at § 6-2 (§ 6-2a kom senere) ikke gir grunnlag til ”særlige tvangsbehandlingstiltak”, samt videre at: ”Tvangen ligger primært i at misbrukeren kan holdes tilbake i institusjon mot sin vilje.”.

Hvilke tiltak som kan tillates under tvangsoppholdet utenom tvangsmedisinering og annen fysisk tvang, må styres av formålet for innleggelsen. Tiltak under tvangsoppholdet som avrusning, oppfølging, og regulering av gjennomføringen, foretas fordi det anses som nødvendig for å motivere til videre behandling (§ 6-2) eller for å beskytte fosteret (§ 6-2a).⁶⁸ Når siktemålet med tvangsoppholdet ikke er å behandle selve rusmiddelmisbruket, blir det da begrenset hva som kan foretas overfor rusmiddelmisbrukeren i forhold til behandling.

Psykisk helsevernloven, som er naturlig å sammenligne med ved tvangsinnleggelser, har valgt andre løsninger ved behandling uten samtykke, jf. lovens § 4-4. Det er her ingen forbud mot tvangsbehandling forutsatt at det anvendes godkjente metoder og praksis, se § 4-4 første ledd, men derimot et forbud mot alvorlige inngrep, jf. annet ledd.

Bestemmelsen tillater en begrenset form for tvangsbehandling gjennom strenge krav til preparater som benyttes og virkningene av disse.⁶⁹ Det er naturlig at det ved tvunget psykisk helsevern gis en større mulighet til tvangsbehandling fordi det dreier seg om pasienter som ikke alltid har de mentale forutsetninger til å ivareta sine behov. Det kan argumenteres for at rusmiddelmisbrukere som tvangsinnlegges etter sosialtjenesteloven heller ikke alltid er i stand til å ivareta sine behov, og således bør tvangsbehandles med blant annet medisiner. Formålet med tvangsinnleggelser etter sosialtjenesteloven, se punkt 2.1, forhindrer imidlertid en slik praksis. At behandling uten samtykke ikke er en ønsket løsning for tvangsinnleggelse av rusmiddelmisbrukere, ser man i ny psykisk

⁶⁸ Se rundskriv I-1/93 s.148 punkt 6.2.2.1 bokstav d.

⁶⁹ Ytterligere reguleringer om bruk av tvangsmidler er gitt i Forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet av 24. november 2000 nr 1173:

helsevernlov § 1-1a annet ledd(ikke i kraft) unntar § 4-4 fra å gjelde for innleggelser i medhold av annen lov.

Gjennomføringen av tvangsoppholdet etter § 6-2 har som sagt som siktemål å lede til behandlingsmotivasjon. Det finnes ingen føringer på hvordan lovgiver har tenkt seg at motivasjonsprosessen for videre behandling skal gjennomføres etter § 6-2. Formålet for gravide rusmiddelmisbrukere er under gjennomføringen også å få bukt med sitt rusmiddelproblem, se § 6-2a annet ledd. Om dette sies det kun i Ot.prp.nr.48 (1994-1995) side 20 at hjelpen skal være: ”(...) *tilpasset hennes motivasjon og situasjon(...)*”. Særlig konkret er ikke dette, og det overlates til den enkelte institusjon å tilfredsstille dette krav.

Etter hvert som tvangsoppholdet utvikler seg kan skillet mellom tilrettelegging av behandling og behandling, være flytende når oppholdet begynner å gi resultater for pasienter tvangsinnlagt etter § 6-2.⁷⁰ Erfaringsmessig viser det seg at institusjonene tilbyr tvangspasientene mange av de samme tilbud som rusmiddelmisbrukerne under frivillig opphold får tilgang til.⁷¹ Institusjonene kan dermed selv velge hvilket tilbud de ønsker å gi, men den tvangsinnlagte kan selvfølgelig ikke tvinges til å ta i mot tilbudet.⁷² I praksis vil nok noe av behandlingstilbudet og terapien oppleves påtvunget av rusmiddelmisbrukeren ettersom denne har lite annet å fylle dagene med.⁷³ Særlig problematisk kan ikke dette presset anses. Faktisk kan det være en god måte å forberede et senere behandlingsopphold på, ved at man selv gradvis kan velge hvor mye av opplegget

⁷⁰ Se *Tvangsrapporten* (1995) s. 15

⁷¹ I tråd med rundskriv I-1/94 s. 79: ”*Med tilrettelegging av behandling menes også begynnende behandling*”. Videre kommenteres at motivasjon og behandling kan være parallelle aktiviteter i praksis.

⁷² Se annen situasjon beskrevet i FNV-2002-200-OSL hvor søknad om fritak fra behandlingsopplegg måtte foreligge. Det er tvilsomt om dette er tillatt slik tvangshjemplene er ment å fungere.

⁷³ Se Søvig s. 171, med videre henvisning til rapport av Lien/Nilssen: *Tvang i behandlingen av voksne rusmiddelmisbrukere* s. 88-90.

man ønsker å delta på, i motsetning til frivillige opphold der det kan forventes at man er med på hele opplegget fra starten.

4.3 Særspørsmål: Adgang til LAR-behandling under tvangsinnleggelse

En spesiell problemstilling ved behandling under tvangsopphold, er adgangen til å ta imot LAR-behandling, det vil si legemiddelassistert rehabilitering.

De som ønsker å motta LAR-behandling må oppfylle strenge krav for at det skal innvilges.⁷⁴ Søkerlistene for innvilgelse av behandling, og ventelistene for oppstart av behandling, er begge lange. Står man på søknadsliste for LAR-behandling, så kan man fortsatt bli tvangsinnlagt etter sosialtjenesteloven § 6-2 ettersom behandlingen uansett ikke er innvilget enda.⁷⁵

Et annen sak er dersom LAR-behandlingen innvilges men rusmiddelmissbrukeren er tvangsinnlagt.

Spørsmålet er da om pasienten kan fortsette tvangsoppholdet etter innvilget behandling i påvente av oppstarten. Selv om motiveringsformålet ved tvangsopphold etter § 6-2, kan synes oppnådd, vil en potensiell lang ventetid frem mot behandlingsoppstart kunne begrunne fortsatt tvangsopphold. Dette må bero på en helhetsvurdering av situasjonen, der pasientens behov og situasjon veies vurderes opp mot grunnlaget for tvangsinnleggelsen

En annen problemstilling er om LAR-behandling kan gis under tvangsoppholdet. Det eksisterer ingen forbud mot frivillig medisinerer under gjennomføringen, selv om noen institusjoner etter eget reglement ikke tillater legemidler på huset. Faktum er like fullt at oppholdets karakter vil forandre seg dersom LAR gis under tvangsoppholdet. Begrunnelsen for tvangsopphold etter § 6-2 faller bort når behandlingsopplegg er gitt. Hva grunnlaget er for videre tilbakeholdelse uten samtykke de er, er uklart. Intensjonen med tvangsopphold

⁷⁴ Se Rundskriv I-35/2000 LAR-behandling. Punkt 6.

⁷⁵ Se kommentarer rundt LAR og behov for tvangsinnleggelse i FNV-2005-11-ROG.

etter § 6-2 hindrer derfor LAR-behandling på institusjonen slik jeg ser det. Skal slik behandling gis må regelverket i spesialisthelsetjenesteloven tilpasses dette.

En annen ting er LAR til gravide⁷⁶ tvangsinnlagt etter § 6-2a, hvor formålet om å beskytte fosteret nødvendigvis utelukker slik behandling. Her må det være adgang til behandling under tvangsoppholdet. Eneste innvending er at dersom kvinnen får LAR-behandling, og på den måten får bukt med sitt rusmiddelmisbruk, så er hun ikke lenger en ”*rusmiddelmisbruker*” etter § 6-2a hvilket er et vilkår for tvangsopphold. Så strengt kan likevel ikke ordlyden tolkes hvis det anses som nødvendig for å beskytte fosteret at den gravide fortsatt skal være tvangsinnlagt.

Problemet er imidlertid at de institusjoner som skal tilby LAR trenger ekstra ressurser og kompetanse. Mange rusinstitusjoner slik de er drevet (ofte private) vil ofte ikke kunne tilby dette, og LAR-behandling i institusjonen vil derfor uansett være uaktuelt. Det kan da være betenkelig at tilbud til den gravide avhenger av hvilken institusjon hun har fått plass dersom LAR-behandling vil være den beste løsning.

Det bør tilføyes at det i høringsnotatet av 17. juli i år er foreslått en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-16. Denne skal gi adgang til forskriftsregulering av legemiddelassistert rehabilitering, og skal bidra til en klargjøring av dette rettsområdet som hovedsakelig er basert på retningslinjer via rundskriv.

4.4 Urinprøver

Adgangen til å ta urinprøver må vedtas i forbindelse med tvangsinnleggelsesvedtaket fra fylkesnemnda. Dette slås fast i § 6-2 annet ledd og § 6-2a første ledd siste punktum.

⁷⁶ Se *Veileder formedikamentassistert behandling for gravide*.(2001) kap. 4 og 5.

Ytterligere regulering av urinprøvetaking under tvangsopphold finner man i sosialforskriften § 5-8, jf. sosialtjenesteloven § 7 11 fjerde ledd bokstav b.⁷⁷

En lovendring, som trådte i kraft 1. januar 1999, bidro til å klargjøre reguleringen av urinprøvetaking. Fra før eksisterte sosialtjenesteloven § 7-11 siste ledd litra a (nå litra b) som hjemmel til å gi foreskrift på dette området. Det hersket en viss uklarhet hvorvidt fylkesnemndas tvangsinnleggelsesvedtak automatisk medførte adgang til å ta urinprøve eller om det måtte et særskilt vedtak til. Etter lovendringen er det klart at urinprøver kun er tillatt i tilfeller hvor fylkenemnda spesifikt har nevnt dette i vedtaket.⁷⁸

Et særspørsmål i forbindelse med adgangen til å ta urinprøver oppstår ved innleggelse etter midlertidig vedtak jf. §§ 6-2 fjerde ledd og § 6-2a femte ledd. Her foreligger ikke et ordinært fylkesnemndsvedtak, og følgelig ingen adgang for urinprøvetaking. Ot.prp.nr.78 (1997-1998) side14 viser til at midlertidig vedtak kun skal brukes unntaksvis, og at det derfor ikke vil være behov for hjemmel for å ta urinprøver i slike tilfelle. Praksis rundt midlertidig vedtak viser likevel en utstrakt bruk av denne adgangen. Når departementet uttaler i Ot.prp.nr.78 (1997-1998) side14 at behovet for urinprøver: ” *trolig vil være begrenset i den første perioden av tvangsoppholdet, da denne perioden ofte brukes til avrusning.* ”, så kan det spørres om urinprøver ved midlertidig vedtak likevel burde tillates i lys av slik bestemmelsen om midlertidig vedtak praktiseres i dag. Dette krever i så fall en lovendring. Eventuelt bør praksisen rundt midlertidig vedtak strammes inn, men det er en helt annen diskusjon.

Mangel på regulering av urinprøver ved midlertidig kan også åpne for frivillige løsninger, som ikke nødvendigvis er uproblematisk. I sosialforskriften § 5-18 gis det forbud mot å inngå avtaler som kan innskrenke egne rettigheter. Spørsmålet er om dette forhindrer

⁷⁷ Rundskriv I-1/94 s. 93 uttaler at bestemmelsen om urinprøver gjelder tilsvarende for utåndingsprøve tatt ved rusmiddeltesting.

⁷⁸ Ot.prp.nr.78 (1997-1998) punkt 3.1.

frivillig avgivelse av urinprøve. Direkte kan ikke dette betegnes som innskrenking av en rettighet. Men når praksis fra rusinstitusjonene i mange tilfeller viser at urinprøver blir benyttet for å få et friere opphold i form av permisjoner med videre, så viser det betenkeligheten ved slike avtaler fordi avgivelse av urinprøver vil kunne oppleves som ”frivillig tvang”. Ved frivillig behandling i rusinstitusjon må samtykke til urinprøvetaking gis før oppholdet påbegynnes, jf. sosialforskriften § 5-8 første ledd. Dette underbygger etter min mening at frivillig urinprøvetaking ikke kan tillates ved midlertidig vedtak slik regelverket er i dag. Lovhjemmel eksisterer ikke, og hensyn til pasientens rettsikkerhet må dermed gå foran ønske om praktiske løsninger.

De ordinære fylkesnemndsvedtak fastsetter som nevnt eventuell adgang til å ta urinprøver. Institusjonen har videre myndighet til å regulere tidspunktet for prøvetaking, prosedyrer rundt prøven og følger av nektelse eller positiv test, jf. sosialforskriften § 5-8 tredje ledd. Et tema her er det skjønn som overlates institusjonen til å fastsette når positiv urinprøve avlegges, eller prøve nektes avlagt, jf. § 5-8 tredje ledd. Har pasienten ruset seg, eller det er stor sannsynlighet for dette, vil det kunne få konsekvenser for tvangsoppholdet gjennom økte restriksjoner. Permisjoner vil sannsynligvis ikke innvilges i nærmeste fremtid. Mer oppsyn i det daglige, og utskriving kan også bli resultatet dersom institusjonen vurderer positive urinprøver som en bekreftelse på at tvangsopphold, jf. § 6-2 må anses som nytteløst. Institusjonen har naturligvis skranker for sin skjønnsutøvelse. Det er ikke adgang til å benytte straff i form av isolasjon, permisjonsnekt med videre, jf. forskriften § 5-15. Det kan være vanskelig å fastsette de konkrete virkningene av forbudets innhold. Har pasienten ruset seg under permisjon så er en naturlig konsekvens at videre permisjoner nektes. Dette vil ikke være direkte straff, men vil for den tvangsinnlagte kanskje oppleves slik. Formålet med sanksjonen må være det avgjørende, og her vil det være å sikre at pasienten holder seg avrust som ledd i et vellykket opphold.

Kriteriet i §§ 6-2 annet ledd og 6-2a første ledd siste punktum om at adgangen til urinprøvetaking må fastsettes av fylkesnemnda ble blant annet gitt for å sikre ensartet

praksis på området.⁷⁹ Det er ønskelig at rettshandlinger som innebærer inngrep i den personlige rettssfære praktiseres så korrekt som mulig. Myndighet ble gitt til fylkesnemnda til å gi urinprøveadgang blant annet for å sikre rusmiddelmisbrukerens rettsikkerhet ved at et høyere forvaltningsorgan med spesialkompetanse sto for avgjørelsen.

Det viser seg i praksis at fylkesnemnda innvilger slik adgang i så godt som i samtlige vedtak hvor mulighet til å ta urinprøver ønskes.⁸⁰ Drøftelsene i forbindelse med urinprøveadgangen er vanligvis knappe. Vanlig argumentasjon er behov for kontroll av misbrukeren eventuelle rusing under oppholdet og i tilfelle med hva,⁸¹ eller at det vil gi økt adgang til permisjoner og annet fravær fordi man har en kontrollmulighet.⁸² I noen tilfeller mangler rett og slett begrunnelsen.⁸³ Disse begrunnelsene, eller mangel på sådan, kan tyde på at fylkesnemnda ikke bidrar til å sikre en god og enhetlig praksis slik intensjonen med lovendringen var. Alle saker som ender med tvangsinnleggelse gjelder rusmiddelmisbrukere med dokumentert store rusproblemer. I de fleste saker kan det oppstå et kontrollbehov, men det kan være vanskelig å vite før innleggelsen hvilke saker som spesielt krever kontroll i form av urinprøver. Hvordan en pasient reagerer på et tvangsopphold kan man ikke vite på forhånd hvis det ikke har vært gjennomført tidligere opphold. Situasjoner kan også oppstå etter innleggelsen som gir behov for kontroll. Institusjonen vil derfor på mange måter være den beste til å vurdere et eventuelt behov for å ta urinprøver fortløpende under tvangsoppholdet. En smidigere løsning kunne vært å gi en bestemmelse om adgang til å ta urinprøver hvor vedtakskompetansen ble tillagt en av de øverst ansvarlige ved institusjonen. Adgangen måtte det selvfølgelig gis strenge rammer rundt, og med gode etterprøvingsmuligheter.

En lignende løsning har man nå vedtatt i ny lovbestemmelse i psykisk helsevernloven § 4-7a(ikke i kraft) hvor adgang til å ta urinprøver ved tvunget psykisk helsevern gis ved ”*mistanke*” om at pasienten ruser seg, og slik kontroll fremstår som:

⁷⁹ Ot.prp.nr.78 (1997-1998) punkt 3.1.2.

⁸⁰ Se kommentar i Søvig (2004) s. 172.

⁸¹ Se vedtak FNV-2002-125-ROG og FNV-2004-139-MRO.

⁸² Se vedtak FNV-2005-123-HSF.

⁸³ Se vedtak FNV-2005-44-HSF.

”strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen.”.⁸⁴ En lignende løsning kunne vært hensiktsmessig for tvangsopphold etter sosialtjenesteloven. Krav om konkret grunnlag for ønske om urinprøve (*”mistanke”*), mulighet til å vurdere behovet forløpende, sammen med et strengt nødvendighetskrav, ville oppfylt de rettsikkerhetskrav som må stilles samtidig som det innebærer en smidigere løsning for institusjonen. Det er betenkelig å gi en generell adgang til urinprøver. Spørsmålet er likevel hva forskjellen er når det rutinemessig gis adgang til å ta slike prøver, uten at begrunnelsen i mange tilfeller er tilfredsstillende. Dessuten viser praksisen fra mange av rusinstitusjonene at urinprøver uansett benyttes selv om de ikke etter lov og forskrift har hjemmel til dette. En ny regulering etter mal av den nye lovbestemmelsen i psykisk helsevernloven, eventuelt med ytterligere forskrifter eller retningslinjer på området, bør derfor etter min mening vurderes for å møte de foreliggende behov.

4.5 Korrespondansekontroll.

Sosialtjenesteloven § 7-11 tredje ledd bokstav c forbyr korrespondansekontroll med mindre det er tillatt ved forskrift som nevnt i femte ledd bokstav c. Som nevnt under punkt 2.2 må dette tolkes som en henvisning til § 7-11 fjerde ledd bokstav c.

Utgangspunktet er at post *”fritt”* kan sendes og mottas jf. sosialforskriften § 5-4 annet ledd. Sensur av brev er forbudt, jf. første ledd.⁸⁵ Formålet med kontrollen er kun å forhindre innsnugling av rusmidler og andre farlige gjenstander. Derfor er det ikke hjemmel for å gå igjennom brevets innhold og ta ut deler som man mener pasienten ikke bør lese.⁸⁶ I noen særskilte tilfeller kan prinsippet om fri korrespondanse fravikes. Ved *”begrunnet mistanke”*, jf. tredje ledd, om at forsendelsen inneholder *”berusende eller bedøvende midler, eller gjenstander som kan medføre skade på person eller ting”* så kan forsendelsen

⁸⁴ Ot.prp.nr.65 (2005-2006) punkt 10.3.

⁸⁵ Beskyttelse av retten til privatliv, EMK art. 8, og ytringsfrihet, jf. EMK art. 10 støtter dette.

⁸⁶ Rundskriv I-1/93 s.220

kontrolleres. Her holder det ikke at man bare vil forsikre seg om at posten ikke inneholder ulovlige objekter. Det må foreligge en konkret grunn som utløser kontrollbehov.

For å sikre et effektivt opphold i tråd med formålet må man ha slike kontrolltiltak tilgjengelig. Dessuten må det forhindres innførsel av gjenstander som kan brukes til å true personalet kommer den innlagt i hende slik at de kan true til seg medisiner eller rømme.

Korrespondansekontroll foretas av styrer eller stedfortreder, og er den som har kompetanse til å fatte kontrollvedtaket, jf. § 5-4 fjerde ledd. Mottaker eller avsender skal være tilstede slik at de kan se hva som eventuelt beslaglegges. For å sikre den innlagtes og avsenderens rettssikkerhet, og verne om den private integritet, se sosialforskriften § 5-2, må vedtaket protokollføres og begrunnes. Praktisk sett vil åpningen av posten utgjøre selve vedtaket uten noe annen forutgående prosess. I lys av de prosessuelle krav er denne løsningen litt merkelig. Særlig når § 5-4 siste ledd krever at kontrollen ikke skal skje før etter avsluttet klagebehandling. Det naturlige ut i fra dette ville vært at vedtak om postkontroll foregikk i to ledd, først ved at det skriftlig ble begrunnet og fastsatt, så neste skritt gjennom meddelelse til den det gjaldt og utførelse av selve kontrollen. Dette ville sikret en mer grundig prosess og gitt et bedre grunnlag for en eventuell klage. Slik bestemmelsen er lagt opp og med de uklarheter den inneholder, så antar jeg at hele inngrepet skjer i en operasjon der vedtaket muntlig meddeles postens mottaker og/eller avsender rett før kontroll mens begrunnelsen skrives ned i ettertid. I praksis er det derfor fare for at begrensningene i kontrolladgangen ved klage ikke har noe reelt innhold.

4.6 Telefonkontroll

Verken lov eller forskrift inneholder hjemmel for telefonkontroll ved tvangsinnleggelse av rusmiddelmissbrukere. I tråd med legalitetsprinsippets hjemmelskrav ved inngrep i en persons rettssfære kan derfor ikke telefonkontroll under tvangsopphold etter sosialtjenesteloven tillates. Avtale kunne etter legalitetsprinsippet muligens godkjennes som grunnlag for telefonkontroll, men dette er uansett utelukket, jf. sosialforskriften § 5-18 som forbyr avtaler som innskrenker rettigheter etter forskriften.

Man kan likevel spørre om det kan være et behov for kontroll av tvangspasientenes telefonbruk. Mobiltelefon er i dagens samfunn et svært viktig kommunikasjonsmiddel. Spørsmålet er om man under institusjonsinnleggelse etter §§ 6-2 eller 6-2a kan ha behov for å beslaglegge mobiltelefonen, samt nekte annen telefonbruk, enten hele eller deler av oppholdet for å begrense kommunikasjon med omverdenen. Adgang til å gjøre dette har man for eksempel ved tvunget psykisk helsevern jf. lovens § 4-5 annet ledd. Kun svært alvorlige tilfeller, og etter klare restriksjoner, kan begrunne et inngrep av denne art.

En mobiltelefon gir mye større mulighet til å avtale innsnugging av rusmidler eller andre farlige gjenstander. Behov for en begrensning av adgangen til slike kommunikasjonsmidler kan derfor oppstå. I tilfeller hvor det foreligger særlig stor fare for at pasienten prøver å ruse seg kan det være hensiktsmessig å inndra mobiltelefonen og kontrollere annen telefonbruk.

Restriksjoner av denne type vil av de fleste oppleves som et alvorlig inngrep i privatlivet. Derfor bør som et minstekrav gjøres etter de samme prosedyrer som ved postkontroll i sosialforskriften § 5-4. Dette inkluderer sikring av notoritet og krav til begrunnelse, samt at inndragelse ikke kan skje før en eventuell klagebehandling er foretatt. Etter min mening bør kompetansen ligge hos institusjonens styrer eller stedfortreder som høyeste organ innefor institusjonen.

Hvis adgang til begrensning av telefonbruk skulle gis, så bør dette slik jeg ser det kun skje over korte tidsrom. Grunnen til dette er at mobiltelefonen ofte er en av de viktigste kilder til kontakt med omverdenen. I en situasjon der vedkommende er lagt inn under tvang, vil det være et særlig behov for å komme i kontakt med sine nærmeste for å takle utslagene av inngrepet. Løsningen i psykisk helsevernloven § 4-5 er innskrenkninger i benyttelsen av telefon i 14 dager av gangen. Dette bør også være maksimum hvis slike regler skulle vært innført for tvangsopphold i medhold av sosialtjenesteloven, slik jeg ser det.

Tilbakeholdelsesperioden er tidsbestemt etter sosialtjenesteloven, mens psykisk helsevernloven gir adgang til tvangsinnleggelse på ubestemt tid. Det taler for at

inndragelsestid for telefon bør være enda kortere enn det sistnevnte lov gir adgang til. En uke av gangen kunne være en løsning som ville gitt litt tid til å vurdere situasjonen, samtidig som beslagstidsrommet ikke ble altfor langt i forhold til samlet oppholdstid.

Beslag av telefon må kun være forbeholdt særlig alvorlige tilfeller dersom slik adgang skulle blitt gitt. For eksempel ved positiv urinprøve, eller andre sterke indikasjoner på at vedkommende gjentatt har ruset seg under innleggelse. Dette følger av inngrepets art som jeg mener er betydelig. Psykisk helsevernloven krever sterke hensyn for at telefonkontroll kan foretas, noe som også må være tilfelle hvis det skulle innføres etter sosialtjenesteloven. Begrunnelsen for kontroll med telefonbruk vil først og fremst være å forhindre innsnugling av rusmidler eller andre farlige gjenstander. Det er alltid en fare for at dette skal skje når en person er innlagt ved tvang. Vurderingen må bero på en hensiktsmessighets- og forholdsmessighetsvurdering. Hensynet til den tvangsinnlagtes behov for kontakt med omverdenen veies mot fare for at dette vil bli misbrukt og oppholdet derfor ville være resultatløst. Dessuten må det vurderes hvor stor denne faren faktisk er i forhold til inngrepets alvorlighet.

4.7 Kontroll av person og rom

Kroppsvisitasjon og ransaking av rom og eiendeler, kan foretas i spesielle tilfeller, jf. sosialforskriften § 5-6. For at slike tvangstiltak kan benyttes, må ”*begrunnet mistanke*” foreligge om at rusmidler, medikamenter eller andre farlige gjenstander oppbevares på person eller i rom, jf. § 5-6 første ledd. Bakgrunnen for kroppsvisitasjon og ransaking er sosialforskriften § 5-5 som gir institusjonen adgang til å forby inntak og oppbevaring av alkohol, legemidler og andre berusende midler. Etter denne bestemmelsen er ulovlige rusmidler og farlige gjenstander uansett forbudt å medbringe. Kroppsvisitasjon etter § 5-6 omfatter kun kroppens overflate og klær, og ikke kroppens hulrom annet enn munnhulen.⁸⁷

I *Tvangsrapporten* utarbeidet av Heitunutvalget, ble forbudet mot undersøkelse av kroppens hulrom kritisert. De mente pasientens mulighet til å vurdere valgmuligheter rundt

⁸⁷ Rundskriv I-1/93 s. 221.

løsninger for å bli rusfri ble ”(...)undergravet(...) [sic]” ettersom ikke kroppens hulrom kunne undersøkes, se side 30. Forslag ble lagt frem om å gi hjemmel for slik undersøkelse, noe som lovgiver delvis valgte å følge opp ved adgang til å kontrollere munnhulen.⁸⁸

Behovet for slik kontroll er den samme som ved postkontroll, nemlig sikre at pasienten holder seg rusfri, samt forhindre at farlige gjenstander kan benyttes til å skade seg selv, ansatte, andre pasienter eller som middel til å true til seg medisiner eller ved rømming.

Som nevnt er kravet for at kroppsvisitasjon eller ransaking kan foretas ”*begrunnet mistanke*”, jf. § 5-6 første ledd. Tidligere var kravet ”*skjellig grunn til mistanke*” etter forskriftens gamle bestemmelse om kroppsvisitasjon og ransaking: § 5-5 første ledd.⁸⁹ ”Begrunnet mistanke” krever at det foreligger et spesifikt forhold, som gir grunn til å tro at forbudte objekter oppbevares, uten at det settes krav til sannsynlighet. Dette må redegjøres for i vedtaket jf. sosialforskriften § 5-6 siste ledd. Generell mistanke om oppbevaring av slike ting fordi det gjelder en rusmiddelmisbruker på tvangsopphold, er ikke nok. ”Skjellig grunn til mistanke”, som tidligere var sannsynlighetskravet, er et strengere krav. Dette kravet finner man igjen ved varetektsfengsling etter lov om rettergangsmåten i straffesaker (straffeprosessloven) av 22. mai 1981 nr. 25 § 171 første ledd. Kravet innebærer sannsynlighetsovervekt for at vedkommende faktisk har utført ugjerningen.⁹⁰ Bakgrunnen for endring av kravet til mistanke er det ikke redegjort for i litteratur eller retningslinjer. Samme krav blir benyttet i kroppsvisitasjons- og ransakingsbestemmelsen i psykisk helsevernloven § 4-6 første ledd. Ingen forhold tilsier at kravet bør være forskjellig i de to lovene. Endringen var derfor ikke unaturlig slik jeg ser det.

Det er institusjonens styrer eller stedfortreder som innehar vedtakskompetansen ved ransaking og kroppsvisitasjon, jf. sosialforskriften § 5-6 første ledd. Videre eksisterer det

⁸⁸ Bestemmelsen ble endret ved forskrift 22 des 1999 nr. 1378.

⁸⁹ Se endring ved forskrift 22 des 1999 nr. 1378

⁹⁰ Rt. 1993 s. 1302, se side 1303.

også krav om begrunnelse og notoritet, slik at tilsynsmyndigheten kan gå institusjonspraksis nærmere i sømmene. Krav om at beboeren er til stede hvis mulig, og denne ønsker dette, gis også for ytterligere å sikre en korrekt utførelse av kontrollen.

Det vises ikke til en klageadgang i sosialforskriften § 5-6 slik det gjør i forbindelse med postkontroll jf. sosialforskriften § 5-4 siste ledd. Ettersom dette må klassifiseres som tvangsbruk vil det uansett kunne påklages etter forskriftens § 5-17 annet ledd.⁹¹

Klagebehandlingen må gå etter de samme prosedyrer som de øvrige bestemmelser i sosialforskriften, se punkt 4.5.

Grunnen til at klage ikke er nevnt på samme måte som ved postkontroll, kan være at det ved slike kontroller kreves raskere handling for å sikre at institusjonen er fri for forbudte objekter. Her er det ikke mulig å meddele vedtaket, men vente med utførelsen til etter en eventuell klagebehandling, fordi de forbudte gjenstander ville bli flyttet og hensikten med bestemmelsen ville være borte.

Oppdages ulovlige gjenstander etter kroppsvisitasjon eller ransaking av rom eller eiendeler, så gir sosialforskriften § 5-7 adgang til å beslaglegge og tilintetgjøre funnet etter bestemte prosedyrer, eller å overlevere det til politiet dersom det dreier seg om ulovlige midler, jf. sosialforskriften § 5-7 første og tredje ledd. En problemstilling i tilknytning til dette er hvorvidt institusjonen har taushetsplikt som forhindrer dem å angi hvor stoffet ble funnet og hvem det tilhørte. For institusjonens ansatte løses dette gjennom bestemmelsen i lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64 § 21 som gir helsepersonell taushetsplikt i forhold til opplysninger de får kjennskap til i egenskap av å være helsepersonell. Hvem ulovlige rusmidler er funnet hos vil institusjonen dermed ikke kunne formidles til politiet.

⁹¹ Se punkt 3.4 om klage.

4.8 Adgang til å forlate institusjonen

Utgangspunktet er at man under institusjonsopphold fritt kan bevege seg i og utenfor institusjonen, jf. sosialtjenesteloven § 7-11 annet ledd. Vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a gir imidlertid rett til tilbakeholdelse *uten* eget samtykke. Dette fremgår klart av overskriften i § 6-2, og i § 6-2a første ledd. Begrensninger i adgangen til å forlate institusjonen gis dessuten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 første ledd ” *i den utstrekning det er nødvendig etter vedtakets formål*”. Slik adgang er ytterligere regulert i sosialforskriften §§ 5-11 om korte fravær, og 5-12 som regulerer lengre permisjoner, det vil si fravær med overnatting.⁹² Forskriftsbestemmelsene hjemler begrensning fraværsadgangen ” *i den utstrekning det er hjemlet i vedtaket*”, se §§ 5-11 tredje ledd og 5-12 tredje ledd.

En naturlig tolkning av ordlyden i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 første ledd, tilsier at vedtaket i seg selv hjemler tilbakeholdelsesadgangen uten at andre hjemmelsgrunnlag er nødvendig. Begrensninger i friheten til å forlate institusjonen kan etter bestemmelsen derfor gjøres hvis dette er formålstjenelig. Kompetanse til å fastsette fraværsadgangen har etter bestemmelsen institusjonen selv.

Usikkerhet rundt kompetansen til å gjøre begrensninger i fraværsadgangen foreligger likevel fordi ordlyden i sosialforskriften §§ 5-11 tredje ledd og 5-12 tredje ledd er uklar. Begge bestemmelsene gir institusjonen rett til å begrense fravær fra institusjonen: ” *i den utstrekning det er hjemlet i vedtaket*”. Dette kan tolkes slik at vedtaket ikke automatisk hjemler slik adgang, men at fylkesnemnda må spesifikt fastsette dette. Når man ser på hjemlene for tvangsinnleggelse i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a som gir rett til tilbakeholdelse *uten* samtykke, mener jeg dette er en unaturlig tolkning.⁹³ Slik hjemmel fører automatisk til innskrenking i en persons selvautonomi og bevegelsesfrihet.

⁹² Se rundskriv I-1/93 s. 222 i kommentar til § 5-8.

⁹³ Se støtte for dette i rundskriv I-1/93 s. 222 og *Tvangsrapporten* s. 32-33, spesielt nest siste avsnitt på side 32.

Lovbestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 først ledd underbygger tolkningen ved at det henvises til begrensninger som resultat av *formålet*, og ikke selve vedtaket.

Usikkerheten rundt hvordan dette skal tolkes er tydelig i fylkesnemndas praksis. Mange av vedtakene fastsetter spesifikt at fravær kan begrenses av institusjonen. Begrunnelse som benyttes er tidligere erfaring med rask utskrivelse på rusmiddelmissbrukerens eget initiativ med påfølgende rusing.⁹⁴ Et annet grunnlag er at rusmiddelmissbrukeren tidligere har ”sprukket” under permisjoner slik at fravær fra institusjonen kan sette nytten av oppholdet i fare.⁹⁵ Fylkesnemnda har også i tråd med den tolkning som er redegjort for over i mange tilfeller uttalt at den finner det unødvendig å fastsette adgang for institusjonen til å begrense fravær fra institusjon. Et slikt tilfelle har man i vedtak av fylkesnemnda for sosiale saker i Rogaland av 2002 nr.125 som kommenterer:

*”Dersom det fattes vedtak etter sostjl. §6-2 kan klienten tilbakeholdes i institusjonen i den tid vedtaket har gyldighet. Dette syn er logisk og blir bekreftet av sostjl. §7-11 der det i annet ledd heter: (...).”*⁹⁶ Under forsetter resonnementet: *”Forskriften trekker i retning av at tvangsvedtaket må inneholde bestemmelser om klientens adgang til å forlate institusjonen. Det er åpenbart at institusjonen må kunne begrense denne adgangen, jfr vedtaket og lovens §7-11, annet ledd. Uten slik adgang ville ikke vedtaket hatt tilstrekkelig effekt. Det vedtas likevel at den institusjon som A plasseres i, har rett til å begrense hennes adgang til å forlate institusjonen. Dette gjelder både for korte og lengre fravær.”*⁹⁷

⁹⁴ Se vedtak FNV-2005-11-ROG.

⁹⁵ Se vedtak FNV-2004-34-NOR.

⁹⁶ Lovbestemmelsen ble endret ved rusreformen, og tilsvarende regulering finner man nå i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 første ledd.

⁹⁷ Vedtaket henviser til sosialtjenesteloven § 7-11, fordi vedtaket ble fattet før rusreformene kom. Bestemmelsen er nå flyttet til spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 første ledd, med samme ordlyd.

Nemndas sier klart at vedtaket i seg selv hjemler rett til å begrense fravær, og derfor at institusjonen må selv kunne utøve dette uten annet grunnlag. Likevel fastsettes adgangen til slik begrensning i vedtaket "for sikkerhets skyld". Behov for presiseringer i forskriftsbestemmelsen foreligger her for å forhindre ulik praksis, og usikkerhet rundt kompetanseinnholdet. Slutningen om at ordlyden i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 første ledd må gå foran forståelsen av sosialforskriftens bestemmelser støttes også av lex superior prinsippet der lavere rettskilde må vike for rettskilde av høyere rang slik formell lov her har.

Behovet for å begrense muligheten til å forlate institusjonen er klar. Innleggelsen er i utgangspunktet ufrivillig, og skjer etter at frivillige tiltak, jf. sosialtjenesteloven § 6-1 ikke har ført frem. Faren for at pasienten prøver å ruse seg er antatt større i tvangssituasjoner enn ved vanlig frivillig innleggelse, og tiltak for å forhindre dette er dermed nødvendig. Lengre fravær fra institusjonen, jf. sosialforskriften § 5-12, vil i de fleste tilfeller kun være aktuelt der situasjonen for rusmiddelmisbrukeren virker stabil, og oppholdet har gitt gode resultater. Vurderingen om dette bør tillates styres av formålet ved tvangsvedtaket, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 første ledd. Kortere fravær, jf. sosialforskriften § 5-11, vil være hensiktsmessig å gi dersom rusmiddelmisbrukeren har roet seg, slik at de kan få litt miljøforandring. En løsning vil ofte være å sende en av institusjonens ansatte som følge.

Uansett er institusjonen best skikket til å vurdere behov og adgang til fravær fra institusjonen da de best kjenner forholdene på søknadstidspunktet. Skulle det ha vært slikt at fylkesnemnda først måtte gi adgang til fraværsbegrensning, så kunne det lett bli en rutinevurdering som ved urinprøver, jf. min konklusjon over, noe som gir liten rettssikkerhetsmessig gevinst.

Klage over beslutningen om å nekte fraværsadgang kan "*tas opp med fylkesmannen*", det vil nå si Helsetilsynet i fylket, jf. § 5-17 første ledd, da dette ikke faller under tvangsbruk etter annet ledd. Dette gir ikke en ordinær klageadgang da ordlyden snarere synes å gi en mulighet for fylkesmannen til å gi en eventuelt beklagelse. Grunnen er at dette vil omfatte

avgjørelser som ikke faller inn under klageadgangen etter forvaltningsloven kapittel 6.

Imidlertid mener jeg at nektelse av fravær/permisjon fra institusjonen er et velferdsgode for rusmiddelmissbrukeren, og således må anses som enkeltvedtak, jf.

forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b. Klage kan da fremmes til Helsetilsynet i fylket, jf. Forvaltningsloven § 28 første ledd.

4.9 Rømming fra tvangsinstitusjonen

4.9.1 Tilbakeføring

En ikke ukjent situasjon ved gjennomføringen av tvangsopphold etter §§ 6-2 og 6-2a, er at pasienten rømmer fra institusjonen. Rømming reguleres av spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 siste ledd, som gir fullmakt til forskriftsregulering. Slik regulering er gitt i sosialforskriften § 5-9. I det følgende vil jeg hovedsakelig vurdere bestemmelsen opp mot tvangsopphold etter sosialtjenesteloven § 6-2, da tilbakeføring av gravide under § 6-2a-opphold i de fleste tilfeller uansett bør søkes fullført i tråd med formålet om å beskytte fosteret.

Ved rømming skjer ikke en tilbakeføring til institusjon automatisk når han/hun blir funnet.

Sosialtjenesten står som ansvarlig for en eventuell tilbakeføring, jf.

sosialforskriften § 5-9 annet ledd. Tilbakeføring skal kun skje dersom de finner det

hensiktsmessig, jf. første ledd, der det sies at rusmiddelmissbrukeren ”kan” tilbakeføres. Her

må en formålsvurdering være avgjørende for om tvangsoppholdet bør fortsette, se

§ 5-9 siste ledd. Forhold rundt rømmingen, sett opp mot situasjonen før rømmingen fant

sted, må vurderes for å kunne avgjøre om tilbakeføring er hensiktsmessig. Videre kan det

hvis ønskelig kreves bistand fra politiet ved tilbakeføringen, jf. sosialtjenesteloven § 8-9 og

spesialisthelsetjenesteloven § 6-4. Ved tilbakeføringen er utøvelse av fysisk tvang tillatt i

kraft av vedtaket, som gir adgang til å gjennomføre et tvangsopphold herunder anbringelse

til institusjonen.⁹⁸ Sosialforskriften § 5-9 første ledd, krever i den forbindelse at dette skjer så skånsomt som mulig.

Etter ansvarsoverdragelsen ved rusreformene, der institusjonene fikk mer innflytelse, må det stilles spørsmålstegn hvorvidt sosialtjenesten fremdeles står ansvarlig for tilbakeføring. I Syse (2006) side 182 legges det til grunn at sosialforskriften § 5-9 på dette punkt er foreldet. Det er ikke unaturlig at institusjonen tar denne avgjørelsen ettersom de kjenner forholdene ved tvangsoppholdet best, spesielt i lys av det økte ansvar for institusjonen som rusreformene har bidratt til. Løsningen ved utskriving hvor institusjonen nå har overtatt ansvaret for dette, se forutsetningsvis spesialisthelsetjenesteloven § 3-15, samtidig som samarbeidsplikt med sosialtjenesten er pålagt etter sosialtjenesteloven § 7-6a, tilsier også en slik tolkning. De beste grunner tilsier derfor en slik løsning, og jeg er derfor enig med Syse om at institusjonen nå må anses som den ansvarlige for tilbakeføringen.

4.9.2 Beregning av tilbakeholdelsestid

Et problematisk spørsmål er hvordan beregningen av gjenværende tid for tvangsoppholdet skal foretas. Verken lov- eller forskriftsbestemmelsene gir noen føring på hvordan fristen skal beregnes. Spørsmålet er hvorvidt tiden løper mens de er ”på rømmen”, eller om resterende tid av innleggelsen fryses ved rømming. Eneste holdepunkt i loven er ordlyden i § 6-2, som gir adgang til tilbakeholdelse i ”3 måneder”. Dette kan tolkes dit hen at tvangsopphold kan vare til sammen tre måneder, uansett om opphold forekommer underveis.

Praksis rundt beregning av tilbakeholdelsestid etter rømming har vært noe sprikende, og uenighet om hvordan dette bør løses foreligger. Fylkesnemndas praksis der de har tatt stilling til saken, viser at tilbakeholdelsestiden forlenges etter rømming når vedtaket ikke har løpt ut.⁹⁹ I rundskriv I-28/95 legges det til grunn at gjenværende tid av tvangsinnleggelsen fryses dersom rusmiddelmissbrukeren rømmer. Senere uttalelser fra

⁹⁸ Rundskriv I-1/93 s. 147 og rundskriv I-1/94 s. 79.

⁹⁹ Søvig (2004) s.217

departementet fastholder denne praksis. Avgjørende blir følgelig når i behandlingsforløpet rusmiddelmissbrukeren rømmer. Resultatet av denne tolkningen er at dersom en rusmiddelmissbruker innlagt etter § 6-2 rømmer etter to måneder, men ikke blir tilbakeført før tre måneder er gått, så kan han/hun ikke legges inn igjen. Ved rømming etter 2 måneder og tilbakeføring etter tre uker, så kan personen legges inn i en måned til og få til sammen et fullt opphold. Vedtakets varighet beregnes fra iverksettelsesdatoen, og ikke vedtaksdatoen.¹⁰⁰

Sprikende praksis ved beregning av tilbakeholdelsestiden fører til flere uheldige konsekvenser. For det første resulterer det i manglende forutberegnelighet rundt samlet varighet av tvangsoppholdet. Sett etter alvorligheten av et slikt inngrep er dette svært betenkelig. For det andre kan ikke institusjonen ved rømming overlate plassen til andre i påvente av en eventuell tilbakeføring. Dette er beklagelig når man vet hvor stor pågangen er for å få rusinstitusjonsplass.

Søvig argumenterer for i sin doktoravhandling at fristen uansett ikke bør forlenges.¹⁰¹ Hans begrunnelse er at formålet ikke tilsier en presisering av rømmingsbestemmelsen til ugunst for den private part. Dersom en pasient har rømt vil det bety at siktemålet med tvangsoppholdet uansett står i stor fare for ikke å oppnås. En forlenging av fristen kan ikke være avgjørende for at formålet blir oppfylt.

Denne konklusjonen er jeg tilbøyelig til å være enig i. Lengre fravær etter rømming tilsier at tvangsoppholdet etter § 6-2 uansett ikke bør fortsettes da man i mange tilfeller må begynne på nytt med avrusing og tilrettelegging av behandling.

Konklusjonen er at forståelsen og praksis rundt bestemmelsen i sosialforskriften § 5-9 er varierende og uklar. Spesielt av hensyn til den tvangsinnlagte, særlig rettssikkerhetsmessig, bør en klargjøring og presisering av bestemmelsen foretas enten i lovtekst eller forskrift.

¹⁰⁰ Rundskriv I-28/95 og Søvig (2004) s. 216.

¹⁰¹ Søvig (2004) s. 216-217.

4.9.3 Tiltak for å hindre rømming

Et problem i tilknytning til rømming er hvilke faktiske tiltak institusjonen kan foreta seg for å forhindre slike hendelser. Ingen av regelsettene gir spesifikke regler på området og institusjonen må derfor selv ta vurderingen av hvilke sikringstiltak som bør foretas. Tvangsopphold er ikke et fengselsopphold, men tvangsvedtaket slik det tolkes i rundskriv I-1/94 side 79, gir likevel mulighet til å holde en person tilbake ved fysisk makt i institusjonen. Respekten for den personlige integritet, jf. sosialforskriften § 5-2, og den generelle rett til selvbestemmelse, danner skranke for tiltak institusjonen kan anvende for å hindre rømming. Noen midler må institusjonen uansett ha for å forhindre at tvangsoppholdet avbrytes på en slik måte. Lås på vinduer og dører kan selvfølgelig benyttes for å sikre institusjonen. Et annet spørsmål er adgangen til å ha overvåkningskamera plassert på spesielt aktuelle steder. Overvåkning av en bestemt krets av personer (her: tvangspasientene) kan tillates hvis særskilte behov ved virksomheten begrunner dette jf. lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) av 14. april 2000 nr.31 § 38. Vern av den personlige integritet jf. sosialforskriften § 5-2 og andre overordnede normer¹⁰² tilsier at dette i så fall kun bør benyttes ved utgangsdører og andre spesielt aktuelle rømmingsveier, og ikke på pasientens rom. Et slikt middel for å forhindre rømming er nok uansett ikke nødvendig, da det vanligvis er få tvangspasienter på hver institusjon, og kamera ikke være et forholdsmessig og nødvendig tiltak under tvangsopphold.

4.10 Bruk av tvang i nødsituasjoner

Ved gjennomføringen av tvangsopphold for rusmiddelmissbrukere er faren for truende situasjoner alltid til stede. Under rømmingsforsøk og annen utagerende oppførsel vil personalet og andre som kommer i nærheten kunne oppleve voldsbruk og annen sjikane fra den innlagte i dennes desperasjon etter rus.¹⁰³ Slike tilfeller hvor faren særlig stor for skade

¹⁰² Se punkt 2.3.

¹⁰³ Funn i rapport fra Akuttinstitusjonen Ullevål viser at vold mot ansatte har økt etter tvangsinnleggelse jf. sosialtjenesteloven. Se s.40 og 51.

på person og ting, er tatt høyde for i nødbestemmelsen i sosialforskriften § 5-16. Tvangen i slike situasjoner er begrunnet i sikkerhetsmessige behov (for ansatte og medpasienter), samt å beskytte pasienten mot å skade seg selv.

Bestemmelsen er basert på de vurderinger som er lovfestet i nødverge- og nødrettssituasjoner i Almindelig borgerlig Straffelov (heretter Straffeloven) av 22. mai 1902 nr.10 §§ 47 og 48. Nødrett, jf. § 47, og nødverge, jf. § 48, er straffefritaksbestemmelser, mens sosialforskriften § 5-16 er en inngrepshjemmel. Reguleringene hjemler grunnlag til å gripe inn overfor en annen for å beskytte enten seg selv eller andre mot angrep (nødverge), eller annen farlig situasjon (nødrett).¹⁰⁴ Adgangen til å bruke tvang i nødssituasjoner benyttes derfor kun som siste utvei.¹⁰⁵ Dette gjenspeiles i sosialforskriften § 5-16 første ledd hvor kravet er at inngripen må anses ”uomgjengelig nødvendig”, at faren er ”øyeblikkelig”, samt at ”lempeligere midler” har vist seg å være eller er åpenbart nytteløst. I tillegg må inngrepet være forholdsmessig tatt i betraktning den faren som truer. Straks faren er over må nødretts- eller nødvergehandlingen opphøre. Disse kravene er i all hovedsak de samme som man finner i straffeloven § 47 om nødrett og § 48 om nødverge.

Sosialforskriften § 5-16 gir i tillegg regler om fremgangsmåte, kompetansetildeling, skriftlighet og kontroll ved tiltak etter denne nødbestemmelsen. Kompetansen til å vedta tvangsbruk i nødssituasjoner innehar institusjonens leder eller den han/hun har gitt fullmakt. Må tvangsmedisinering benyttes så kan det kun utføres av kompetent medisinsk personell, jf. § 5-16 tredje ledd. Tvangsmedisinering, og isolasjon jf. fjerde ledd, er to metoder nevnt i sosialforskriften § 5-16. Forbudte tiltak er ifølge rundskriv I-1/93 side 224, metoder som slag mot klienten og mekaniske tvangsmidler som remmer. Lovteksten gir

¹⁰⁴ Matningsdal (2003) s. 374-389.

¹⁰⁵ Se formaning om restriktiv bruk i rundskriv I-1/93 s. 224.

ingen forbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler, men kun de tvangsmidler fastsatt i forskrift kan benyttes, jf. sosialtjenesteloven § 7-11 fjerde ledd bokstav a.

Til sammenligning har man en noe videre adgang til å bruk av tvangsmidler i psykisk helsevernloven § 4-8, som blant annet tillater mekaniske tvangsmidler og har andre regler rundt isolasjon. Tvangsmidler kan etter bestemmelsen kun benyttes der det er *”uomgjengelig nødvendig”* for å hindre skade, og en rekke krav stilles før slike midler kan anvendes. Behovet for slike tvangsmidler er generelt større for personer innlagt under tvunget psykisk helsevern, enn for dem tvangsinnlagt etter sosialtjenesteloven. Det kan likevel tenkes tilfeller der eksempelvis mekaniske tvangsmidler kan være hensiktsmessig ved tvangsinnleggelser regulert av sosialtjenesteloven. Et slikt tilfelle kan være en nødssituasjon hvor en pasient er under avrusning slik at effekten av medisinene, sammen med tidligere inntatte rusmidler kan, få uheldige konsekvenser. Dette vil antas å være sjeldne tilfeller slik at behov for mekaniske tvangsmidler etter sosialtjenesteloven ikke reelt sett foreligger.

En annen ting er at psykisk helsevernloven § 4-8 vil være anvendelig overfor rusmiddelmissbrukere som tvangsinnlegges i psykiatriske institusjoner med tvangshjemmel i sosialtjenesteloven, jf. ny psykisk helsevernloven § 1-1a (ikke trådt i kraft). Av likhetshensyn kan det stilles spørsmål om sosialforskriften § 5-16 og psykisk helsevernloven § 4-8 bør samkjøres i større grad. Men som nevnt ser jeg ikke nødvendigheten av utvidet bruk av tvangsmidler i sosialforskriften.

En annen løsning for svært urolige pasienter har man i psykisk helsevernloven § 4-3 om skjerming, som også etter ny § 1-1a vil være anvendelig for pasienter tvangsinnlagt etter sosialtjenesteloven i psykiatriske institusjoner. Adgang gis her til å holde pasienten atskilt fra andre pasienter og personell som ikke er involvert i deres behandling. Situasjoner som omfattes av denne bestemmelsen vil vanligvis ikke oppfylle kravene til nødssituasjoner etter sosialforskriften, men dekker behov for å skape roligere omgivelser rundt pasienten, samt ta hensyn til medpasienter som påvirkes av sterke uroligheter. En slik løsning kunne

vært hensiktsmessig under tvangsopphold for rusmiddelmisbrukere etter sosialforskriften for å forhindre at situasjoner utarter seg slik at nødbestemmelsen må anvendes. I praksis vil nok mange av institusjonene ha avdelinger for tvangspasienter som kun omfatter få sengeplasser, slik at de i praksis vil ha en noe skjermet tilværelse.

4.11 Utskriving

Når utløpet av tvangsperioden løper ut, eller vilkårene for tvangsinnleggelse opphører,¹⁰⁶ må rusmiddelmisbrukeren skrives ut fordi tilbakeholdelseshjemmelen ikke lenger kan anvendes. Utskriving vil naturligvis også skje når man ikke tilbakeføres etter rømming, ved overgang til frivillig behandling, eller der det midlertidige vedtak ikke følge opp av et ordinært fylkesnemndsvedtak.

Ansvar for utskrivning har institusjonen. Dette fremgår indirekte av spesialisthelsetjenesteloven § 3-15, som pålegger institusjonen å varsle sosialtjenesten i god tid før pasienten skrives ut.¹⁰⁷ Utskriving utløser en samarbeidsplikt mellom institusjonen og sosialtjenesten, jf. sosialtjenesteloven § 7-6a, slik at videre opplegg kan sikres til beste for rusmiddelmisbrukeren.

Selv om tvangsvedtaket ikke har løpt ut, eller situasjon inntrådt som gjør at en av de materielle vilkår har bortfalt,¹⁰⁸ så kan forhold uansett tilsi at utskrivning bør skje.

Ser institusjonen at tvangsoppholdet åpenbart er nytteløst, så kan utskrivning foretas. Ved tvangsinnleggelser etter § 6-2 forutsettes det fra lovgiver at det eksisterer grunn til å tro at tvangsoppholdet på sikt kan ha positiv betydning for rusmiddelmisbrukeren.¹⁰⁹ Fremstår det som åpenbart at tvangsoppholdet hensiktsløst med tanke på motivasjon for videre behandling, så er spørsmålet om utskrivning før tvangsvedtaket har løpt ut kan skje.

¹⁰⁶ Eksempelvis at en gravid tvangsinnlagt etter § 6-2a aborterer.

¹⁰⁷ Se Ot.prp.nr.3 (2002-2003) s.46.

¹⁰⁸ Eksempelvis at den gravide tar abort.

¹⁰⁹ Se Ot.prp.nr. 29 (1990-1991) s. 162

Her, som ellers ved tvangsinnleggelse, må man ha formålet for øye når man vurderer forhold rundt gjennomføringen. Viser forhold som gjentatte positive urinprøver at tvangsinnleggelsen er nytteløst, kan utskriving foretas. Terskelen for at oppholdet kan betegnes som ”nytteløst” må selvfølgelig være høy, og det må gis en viss tid før utskriving foretas. Det må tas forbehold for tilfeller der pasienten reagerer på tvangsoppholdet på en slik måte at det er fare for dennes eget liv. Fremstår pasienten som suicidal på grunn av tilbakeholdelsen bør utskriving skje, eventuelt overføring til andre spesialisthelsetjenestetilbud hvor tilbudet til slike pasienter er mer tilrettelagt.

Å bruke ressurser på tilfeller som etter en fornuftig og nøye vurdering ikke kan gi positiv virkning for den det gjelder, er sløsing av samfunnsmidler og opptar plasser for andre som bedre kan nyttiggjøre seg dem.

Et annet tilfelle er der hvor pasientens oppførsel har en negativ innvirkning på de øvrige pasienter slik at behandlingsmiljøet forringes. Fungerer tvangsoppholdet for den som skaper problemer etter intensjonen vil det være en vanskelig vurdering om utskriving likevel bør skje. At andres nytte av oppholdet står i fare er svært alvorlig. Imidlertid er grunnlaget for opphold hensynet til pasientens egen situasjon, og virkningen for andre har derfor ikke betydning slik §§ 6-2 og 6-2a tolkes. I slike tilfeller burde en løsning med skjerming fra andre pasienter vært tilgjengelig som man har i psykisk helsevernloven § 4-3. Slik hjemmel forligger ikke, se punkt 4.10, og grunnlag for tidlig utskriving foreligger ikke slik jeg ser det. I praksis vil nok en slik pasient lett kunne anses for ikke å nyttiggjøre seg oppholdet, og derfor bli skrevet ut på dette grunnlaget.

Et annen problemstilling rundt utskriving er reist i en artikkel av Fredrik Werpen.¹¹⁰ Han referer til tilfeller der institusjoner skriver ut en rusmiddelmisbruker på grunnlag av at disse ikke lenger kan gi et adekvat og forsvarlig tjenestetilbud. Slik jeg ser det skal ikke dette være et reelt utskrivelsesgrunnlag, da et vilkår etter både sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a

¹¹⁰ Juristkontakt nr. 2 2006 s. 32-33.

er at institusjonen er faglig og materielt i stand til å ta imot pasienten, se punkt 3.3.2. Hvorfor institusjonens evne til å ivareta rusmiddelmisbrukerens behov skulle bortfalle under tvangsoppholdet har ikke Werpen godtgjort, og jeg kommer ikke på selv gode eksempler. Problemstillingen er derfor ikke aktuell slik jeg forstår den.

5 Diskusjon og avslutning

5.1 Rusomsorgens plass i spesialisthelsetjenesten

Tidligere var rusomsorgen et særområde hvor kun sosialfaget sto i sentrum. Før sosialtjenesteloven kom hadde man Edruskapsloven av 1932 og lov 30. mars 1984 om fylkeskommunens ansvar for alkoholinstitusjonene, som da ikke omfattet annen rusmiddelmisbruk. Adgang til tvangsinnleggelse på grunnlag av alkoholmisbruk hadde man etter lovens § 7 i inntil to år. Her var det hensyn til familien og samfunnet ga grunnlag for tvangsopphold.

Den siste store utvikling på området kom i form av rusreformene, som trådte i kraft fra 2004.¹¹¹ Gjennom rusreformen ble ansvaret for rusinstitusjonene etter sosialtjenesteloven, som før hadde ligget på fylkeskommunen, overført til de regionale helseforetak^{112 113}.

Hovedtanken med rusreformene var å gi rusmiddelmisbrukere et bedre og mer sammensatt behandlingstilbud ved å samordne tjenestene i et tverrfaglig spesialisert tilbud, se spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr.5. Hva som konkret ligger i ”tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk” er ikke definert. Men spesialisthelsetjenesten inkluderer somatisk behandling, psykiatriske tilbud og rusmiddelomsorgen, slik at det tverrfaglige tilbud vil inkludere alle tre områder. Føringer på et mer helsefaglig fokus som

¹¹¹ Se Ot.prp.nr.3 (2002-2003) og Ot.prp.nr.54 (2002-2003).

¹¹² Mer om RHF's ansvar og oppgaver i Strateginotatet fra Helsedepartementet 07/2004 s. 9-11.

¹¹³ Fra før hadde ansvar for rusinstitusjonene under spesialisthelsetjenesten blitt overført til staten ved sykehusreformen i 2002.

følger av et underforbruk av helsetjenester hos rusmiddelmisbrukere, ble fremsatt av departementet som et ønske i det videre arbeid.¹¹⁴ Dette økte helsefokus i rusmiddelomsorgen har vært omdiskutert. Bekymring har vært uttrykt om at utviklingen vil føre til en rusmiddelomsorg som drukner i alle spesialisthelsetjenestetilbudene, og mister sin særegenhet. Fare for at psykiatrien vil sluke rusmiddelomsorgen, med det til følge at det sosialfaglige kommer lagt i bakgrunnen, er en av disse innvendingene. Kritikkk har også vært at rusreformene skjedde for raskt uten at nødvendigvis alle endringer var fullt gjennomtenkt.¹¹⁵ Dette kan man se eksempel på i Ot.prp.nr.54 (2002-2003) side 45, hvor kommunen opprinnelig var tiltenkt ansvaret for institusjoner med tilbud om spesialiserte sosiale tjenester, men en helomvending ble gjort i Stortinget på grunn av tidspress for å få iverksatt rusreformene, se Innst.O.nr.4 (2003-2004) punkt 1.2, slik at staten overtok alt ansvaret.

Utviklingen av rusomsorgen innenfor spesialisthelsetjenesten er vanskelig å forutsi. Lovendringer av betydning blir stadig foretatt. Den seneste endring har man i lov 30. juni 2006 nr.45 om endring i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. Loven trer tidligst i kraft fra 1.1. 2007, men grunnet behov for revisjon av forskrifter vil dette nok bli utsatt. Denne loven er et ytterligere skritt mot å forene områdene for rus- og psykiatribehandling. Tidligere ble det i rundskriv I-8/2004 side 13 påpekt at tvangsinnleggelser etter sosialtjenesteloven kan foretas i psykiatriske institusjoner, men da etter gjennomføringsreglene i sosialtjenesteloven med tilhørende bestemmelser. I praksis ble få tvangsinnleggelser etter sosialtjenesteloven gjort i psykiatriske institusjoner. En grunn var psykiatriske institusjoners overleger med deres såkalte "asylsuverenitet", som gav dem myndighet til selv å vurdere hvem som skal få plass på institusjonen. Rusmiddelmisbrukere ble ofte ansett ikke å "passe inn" på psykiatriske institusjoner, og derfor avvist. Dessuten var det praktisk vanskelig ved at to ulike regelsett regulerte gjennomføringen på institusjonen dersom rusmiddelmisbrukere ble innlagt på grunnlag av

¹¹⁴ Ot.prp.nr.3 (2002-2003) s. 13-14.

¹¹⁵ Syse (2004) s. 170-171

tvangsvedtak etter sosialtjenesteloven. Den nye lovendringen gjør psykisk helsevernloven anvendelig på innleggelser i medhold av andre lover, jf. psykisk helsevernloven § 1-1a. Hvor ofte denne hjemmelen vil bli benyttet i fremtiden vil bli spennende å se.

Resultatet av denne lovendringen er at reguleringen av tvangsopphold etter sosialtjenesteloven styres hvilken institusjon man legges inn på. Regelsettene har mange likheter, men forskjeller foreligger som nevnt, slik at gjennomføringen i praksis kan bli ulik. Psykisk helsevernloven gir større adgang til tvangstiltak overfor pasientene, men visse lovbestemmelser unntas for innleggelser etter andre lover jf. lovens § 1-1a annet ledd. Eksempler på tiltak tillatt etter psykisk helsevernloven, men ikke sosialtjenesteloven, er bruk av mekaniske tvangsmidler (§ 4-8) og skjerming (§ 4-3). Faren er at de psykiatriske institusjoner i økende grad får de vanskelige og utagerende rusmisbrukstilfellene. Slik får man under tilbakeholdelsen flere tvangsmidler tilgjengelig for å håndtere vanskelige situasjoner enn vanlig. Intensjonen med lovendringen er ikke å ha flere tvangsmidler for hånden overfor rusmiddelmisbrukspasienter, men fristelsen til å ”presse” problematiske ruspasienter inn på psykiatriske institusjoner kan være tilstedeværende. Det er vanskelig å forutsi hvordan regelverket vil bli praktisert. Men i verste fall kan resultatet bli at pasienter med mulighet til på en ordinær rusinstitusjon, likevel legges inn på en psykiatrisk institusjon hvor gjennomføringsreglene gir videre adgang til tvangsbruk. Selv om en psykiatrisk institusjon vil kunne tilby et faglig og materielt tilfredsstillende opplegg, vil rusinstitusjoner likevel i noen tilfeller kunne tilby et mer spesialisert og potensielt bedre opplegg, spesielt sosialfaglig, som vil være til pasientens beste.

For å forhindre problemer med ulike regelsett benyttet på likt tvangsinnleggelsesgrunnlag, vil det av likhets- og rettssikkerhetshensyn være hensiktsmessig med en gjennomgang av spesialisthelsetjenestelovens gjennomføringsregler for å samkjøre dem så langt lov og hensyn bak tillater dette.¹¹⁶

¹¹⁶ Se diskusjon i Søvig (2004) s. 390

Når det er sagt, mener jeg at et fortsatt hovedfokus på det sosialfaglige i rusmiddelomsorgen fortsatt vil tjene denne pasientgruppen best. Samtidig er det viktig at somatiske og psykiatriske tilbud er godt utbygget. Tilbud om utredning under tvangsopphold kan bidra positivt for å ivareta somatiske og psykiatriske behov. En utredning og videre behandling av dette kan gjøre prosessen mot en rusfri hverdag lettere.¹¹⁷ Men rusmiddelomsorgen er uansett spesiell fordi så mange individuelle forutsetninger, spesielt av sosial karakter, påvirker problemene. Dette kan ikke medisinerings løse, og oppfølging fra tjenester med god sosialfaglig kompetanse er derfor essensielt i behandlingen av rusmiddelmissbrukere. Det er viktig at dette ikke mistes av syne i utviklingen fremover.

5.2 Gjennomføringsreglene: Problemer og nye grep

Et lovforslag med intensjon om å forbedre systemet rundt gjennomføringsreglene etter rusreformen omstruktureringer, er nå på trappene.¹¹⁸ Forslaget går blant annet ut på å sløyfe spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 annet ledd med henvisning til sosialtjenesteloven og tilhørende bestemmelse, for så å gi en fullmaktsbestemmelse om videre forskrift vedrørende gjennomføringen av tvangsopphold. Hvorvidt dette medfører utarbeidelse av ny forskrift, eller kun at sosialforskriftens bestemmelser overføres, sies ikke. Signalene i høringsnotatet tyder på at forskrift fortsatt vil være å foretrekke som reguleringsform. I den sammenheng kan man spørre hvorfor fullmaktsbestemmelser og forskrift er den foretrukne løsningen fremfor formell lov, slik psykisk helsevernloven hovedsakelig er lagt opp. Begge reguleringsmåter er bindende, men av rettssikkerhetsmessige hensyn er lovbestemmelser å foretrekke. Lov er mer tilgjengelig oversiktlig for dem som skal orientere seg i regelverket, både for regelanvenderen og den bestemmelsen retter seg mot. Dessuten har man forarbeider å støtte seg på ved tolkningen, noe man ikke har ved forskrift. Fordelen med forskrift er mulighet til en mer detaljert regulering enn lover hvor man må være kort og

¹¹⁷ Uttalelse gis i evaluering fra Akuttinstitusjonen Ullevål (1998) s.52 om at sekundærinstitusjonene ikke har god nok kompetanse til å gi tilfredsstillende behandlingsutredning.

¹¹⁸ Se høringsnotat av 17. juli 2006 s. 20-22.

konsis. Heitunutvalget¹¹⁹ påpeker i *Tvangsrapporten* problemet med å orientere seg i tvangsbestemmelsene på grunn av spredt regulering i lov og forskrift.¹²⁰ Denne utfordringen har ikke blitt mindre etter at nevnte endringer i rusreformen har spredt reguleringsbestemmelsene ytterligere, tildels uten å oppdatere eksisterende regelverk.¹²¹

Detaljreguleringsmulighet til tross, redegjørelsen for gjennomføringsbestemmelsene over viser at presisjonsnivået på sosialforskriften ikke er særlig høy. Uklarhet rundt kompetansetildelingen ved innvilgelse av fravær fra institusjonen, se punkt 4.8, og beregning av tvangsoppholdets lengde etter rømming, se punkt 4.9, er to eksempler på upresis forskriftsregulering. I tillegg er nå sosialforskriften til dels utdatert og foreldet.

Et grep for å klargjøre forståelsen og bruken av tvangsbestemmelsen ble tatt fra departementet ved utgivelse av en handlingsveileder for bruk av tvang.¹²² Fokus i denne ligger hovedsakelig på saks- og nemndsbehandlingsprosessen, mens gjennomføringsbestemmelsene er kun kort og fragmentert behandlet. Veiledning på dette området må derfor søkes andre steder. Rundskriv fra departementene har bidratt til forståelsen av lov- og forskrift, men dette er kun veiledende og ikke bindende uttalelser. Den systematiske gjennomgang av regelverket i rundskriv I-1/93 og tillegg Rundskriv I-1/94, bidro til å klargjøre reguleringene. Problemet er at disse rundskrivene er over 10 år gamle, og til dels utdaterte. Senere rundskriv har opphevet punkter i skrivene, og vanskeliggjort prosessen med å orientere seg for praktikerne.

¹¹⁹ En ekspertgruppe som vurderte bruk av tvang i behandlingen av rusmiddelmissbrukere i *Tvangsrapporten* fra 1995.

¹²⁰ Se *Tvangsrapporten* s. 26-27.

¹²¹ Se sosialforskriften § 5-17 annet ledd som viser til fylkesmannen som klageorgan i tvangssaker, i stedet for Helsetilsynet i fylket som etter ny tolkning er riktig organ.

¹²² *Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3.*(1999)

Revisjon av lov- og forskriftverket kan bidra til økt anvendelighet og økt rettssikkerhet. Et problem i det arbeidet kan være å finne frem til bestemmelser som passer for alle institusjoner, offentlige som private. Gjennomføringen av tvangsopphold gjøres i dag etter til dels helt ulike institusjonsopplegg. Dette skaper utfordringer.

En løsning for å komme frem til felles bestemmelser eller retningslinjer, vil være en omfattende evaluering av tvangsbestemmelsene ved gjennomgang av praksis og resultater av tvangsopphold.¹²³ En slik gjennomgang har lenge vært etterlyst.¹²⁴ Det har vært enkelte evalueringer fra individuelle institusjoner, men ikke på landsbasis.¹²⁵ Fra flere hold har ønske om økt bruk av tvang blitt ytret.¹²⁶ Før bruken intensiveres hadde ville det vært hensiktsmessig å konkret undersøke hvilke tiltak som nytter i form av en landsomfattende evaluering. Hva som faktisk gir best resultater er i dag ikke kjent fordi sammenligninger og analyser av dette ikke er foretatt.¹²⁷ Vet man mer om hva som hjelper kan man også tilpasse regelverket til de metoder og tiltak som anses nødvendig. Mer bruk av tvang bør komme som resultat av kunnskap, og ikke kun etter et politisk ønske.¹²⁸

Et annet aspekt i forhold til gjennomføring av tvangsopphold i rusinstitusjonene er krav til kvaliteten på oppholds- og behandlingstilbudet. Departementet har uttalt at bruk av tvang: *”...innebærer skjerpede kvalitetskrav til behandlingsinstitusjonene.”*¹²⁹ Fullmakt til utarbeidelse av forskrifter om kvalitet i behandlings- og rehabiliteringstiltak er gitt i sosialtjenesteloven § 7-14, uten at dette har blitt fulgt opp. Dette er en generell regel om

¹²³ Se Søvig (2004) s. 382-385 om i hvilken grad siktemålene med tvangsbestemmelsene oppnås.

¹²⁴ Welle-Strand (1998).

¹²⁵ Se *Tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere. Evaluering fra Akuttinstitusjonen Ullevål 1.1.94—30.4.98.*

¹²⁶ Se diskusjon om bruk av tvang i Søvig (2004) s. 395-397. Kjønstad (2000) s. 238-239. Øiern (2002) s. 6-7

¹²⁷ Se uttalelser om manglende tro på tvangsordningen hos sosialtjenesten i Riksrevisjonens undersøkelse St.meld nr.3:12 (2004-2005) s. 37-38

¹²⁸ Se kommentar av Welle-Strand i Velle (1999) s. 6 hvor hun uttaler at: *”Tvang i behandling har kommet som følge av press fra politikere og har ikke vært kunnskapsstyrt.”*

¹²⁹ Se kommentar i rundskriv I-1/93 s. 149.

rustiltak. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for tvangsinstitusjonsplasser, men spesialisthelsetjenesteloven inneholder ikke bestemmelser om kvaliteten på institusjonstilbudene, bortsett fra et forsvarlighetskrav i § 2-2. En landsomfattende evaluering ville også bidratt til kunnskap som grunnlag for kvalitetskrav til rusinstitusjonene. Settes slike krav vil det kunne sikre et bedre behandlingstilbud for alle rusmiddelmisbrukere på rusinstitusjon.

5.3 Avslutning

Totalt sett anvendes tvangshjemlene i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a i få tilfeller årlig. Antall tvangsinnleggelser i 2002, 2003 og 2004 vært for henholdsvis § 6-2 og § 6-2a: 36/34, 37/12, og 91/28.¹³⁰

Selv om bestemmelsene anvendes i relativt få tilfeller gjenspeiler dette ikke viktigheten av et presist og godt gjennomarbeidet regelverk. Bruk av tvang er et svært inngripende rettsmiddel overfor den private part, og krever nøyaktige og velfunderte bestemmelser i tråd med legalitetsprinsippet og overordnede menneskerettslige normer og regler.

Mine funn over viser at det er et godt stykke å gå før slike betegnelser kan benyttes på gjennomføringsreglene ved tvangsinnleggelse av rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven. Spesielt etter rusreformene har behov for revisjon og oppdateringer blitt synbare. Etter endring av ansvarsområder har uklarhet spesielt rundt sosialtjenestens rolle i gjennomføringen blitt synbare. Dette bør gjennomgå slik at klare kompetansefordelinger ligger til grunn for myndighetsutøvelsen. Endringene i psykisk helsevernloven slik at innleggelser i medhold av sosialtjenesteloven reguleres av psykisk helsevernloven, tilsier også en gjennomgang av regelverket. Likhets hensyn bør føre til at gjennomføringsdelen i de to regelverk samkjøres så langt hensyn bak reglene og konkrete behov begrunner det.

Når ny fullmaktsbestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 er foreslått bør disse forhold lede til en oppfyllelse av disse fremtredende behov. Gjøres dette på grunnlag av en

¹³⁰ Tabell 7.13 i rusmiddelstatistikken for 2005.

full evaluering av praksis rundt tvangshjemlene i sosialtjenesteloven, vil dette kunne bidra til en bedre og mer effektiv gjennomføring av tvangsinnleggelse for rusmiddelmisbrukere.

6 Litteraturliste

Lov og forskrift

- 1814 Kongeriget Norges Grundlov av 17.mai 1814 (Grunnloven)
- 1902 Almindelig borgerlig Straffelov (straffeloven) av 22. mai 1902 nr.10
- 1915 Lov 13. august 1915 nr. 6 om rettergangsmåten for tvistemål (tvistemålsloven)
- 1967 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967
- 1981 Lov om rettergangsmåten i straffesaker (straffeprosessloven) av 22. mai 1981 nr. 25
- 1984 Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 § 2 (tilsynsloven)
- 1991 Lov om sosiale tjenester m.v av 13. desember 1991 nr.81 (sosialtjenesteloven)
- 1999 Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) Vedlegg 1: Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) med protokoller av 3. september 1953
- 1999 Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven)
- 1999 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr.62 (psykisk helsevernloven)
- 1999 Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr.63 (pasientrettighetsloven)
- 1999 Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64.
- 2000 Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) av 14 april 2000 nr.31
- 2005 Lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) av 17. juni 2005 nr.90 (ikke i kraft)
-
- 1992 Forskrift om sosiale tjenester m.v. av 4. desember 1992 nr. 915.
- 2000 Forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet av 24. november 2000 nr 1173

- 2000 Forskrift om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet av 1. desember 2000 nr 1219.
- 2000 Forskrift om kontrollkommisjonens virksomhet 21. desember 2000 nr.1408.
- 2002 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 nr.1731.
- 2003 Forskrift om dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling av 19 desember 2003 nr. 1756
- 2004 Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven(forskrift om individuell plan) av 23. desember 2004 nr 1837.

Forarbeider

- NOU 1985:18 Lov om sosiale tjenester m.v
- NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester
- Ot.prp. nr. 29 (1990-1991). Om lov om sosiale tjenester m.v(sosialloven)
- Ot.prp.nr.48 (1994-1995). Om lov om endring i om sosiale tjenester m.v og i visse andre lover (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere i institusjon)
- Ot.prp.nr.78 (1997-1998) Om lov om endringer i lov om sosiale tjenester
- Ot.prp.nr.3 (2002-2003). Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)
- Ot.prp.nr.54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)
- Ot.prp.nr.65 (2005-2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.
- Innst.O.nr.4 (2003-2004). Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2.

juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Rusreform II og rett til individuell plan)

Rundskriv

- Rundskriv I-1/93 Lov om sosiale tjenester m v
- Rundskriv I-1/94 tilleggsrundskriv til I-1/93 Lov om sosiale tjenester mv
- Rundskriv I-28/95 Rundskriv angående fristberegning for vedtak om bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere og klageadgang over midlertidig vedtak (Sosial- og heledepartementet 07.07.1995)
- Rundskriv I-29/95 Tilbakehold uten samtykke av gravide rusmiddelmisbrukere.
- Rundskriv I-52/98 Rundskriv til endringer i Sosialtjenesteloven - tilbakeholdelse av rusmiddelmisbrukere uten eget samtykke
- Rundskriv I-35/2000 Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere
- Rundskriv I-8/2004 Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Helsedepartementet 04/2004
- Rundskriv U-1/2004 Orientering om endringer i sosialtjenesteloven som følge av rusreformen
- Rundskriv IS-12/2004 Lov om pasientrettigheter

Avgjørelser

- Rt.1993 s. 249
- Rt 1993 s. 1302
- CASE OF HERCZEGFALVY v. AUSTRIA (Application no. 10533/83) Dom av 24.sept. 1992 Serie A 244
- Borgarting lagmannsrett - Kjennelse: 2003-08-12. LB-2003-2375

- Fylkesnemnda for sosiale saker Hordaland/Sogn og Fjordane – vedtak: 2002-09-. FNV-2002-160-HSF
- Fylkesnemnda for sosiale saker Oslo og Akershus - vedtak 2002-06-12 FNV-2002-200-OSL
- Fylkesnemnda for sosiale saker Rogaland - vedtak 2002-06-27 FNV-2002-125-ROG
- Fylkesnemnda for sosiale saker Agder - vedtak 2003-01-08 FNV-2002-183-AGD
- Fylkesnemnda for sosiale saker Rogaland - vedtak 2002-08-12 FNV-2002-162-ROG
- Fylkesnemnda for sosiale saker Hordaland/Sogn og Fjordane - vedtak: 2003-04-09. FNV-2003-47-HSF
- Fylkesnemnda for sosiale saker Møre og Romsdal - vedtak: 2004-12-15. FNV-2004-139-MRO
- Fylkesnemnda for sosiale saker Nordland - vedtak: 2004-04-20. FNV-2004-34-NOR
- Fylkesnemnda for sosiale saker Hordaland/Sogn og Fjordane - vedtak: 2005-08-19. FNV-2005-123-HSF
- Fylkesnemnda for sosiale saker Hordaland/Sogn og Fjordane - vedtak: 2005-04-01. FNV-2005-44-HSF
- Fylkesnemnda for sosiale saker Rogaland - vedtak: 2005-02-18. FNV-2005-11-ROG
- Fylkesnemnda for sosiale saker Møre og Romsdal – vedtak: 2006-07-12. FNV-2006-102-MRO

Annet skriftlig departementsmateriale

- Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. Sosial- og helsedepartementet 1999.
- Redegjørelse. Rusmiddelsituasjonen i Norge. Sosialdepartementet. 07/2004.
- Strateginotat I-1103 B: Bedre behandlingstilbud til rusmisbrukere. Helsedepartementet 2004.

- Veileder IS-1253: Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan. Sosial- og helsedirektoratet 09/2005.
- Høringsnotat av 17. juli 2006 Helse- og omsorgsdepartementet. Saksnr. 200600345-/MARS

Andre utredninger

- Tvangsrapporten. Rapport fra ekspertgruppe for å vurdere bruk av tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere. Avgitt 28. september 1995
- Riksrevisjonen. St.meld nr. 3:12 (2004-2005) Riksrevisjonens undersøkelse av styring og oppfølging av tiltak for rusmiddelmisbrukere.
- Rapport fra Helsetilsynet 4/2005. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere.

Andre publikasjoner

- Veileder for medikamentassistert rehabilitering til gravide. Om bruk av metadon og andre opioider i graviditet og barselperioden. Versjon 1. Mars 2001. Utgitt av MAR ØST.
- Statistikk 2005. Rusmidler i Norge. Utgitt av SIRUS.

Bøker

- Kjellevold, Alice. Retten til individuell plan 2 utg. Bergen 2005
- Kjønstad, Asbjørn og Aslak Syse. Velferdsrett I. 2 utg. Oslo 2001
- Kjønstad, Bernt, Kjellevold og Hove. Sosial trygghet og rettssikkerhet, 2 utg. Bergen 2000
- Eckhoff, Torstein og Smith, Eivind. Forvaltningsrett. 8 utgave. Oslo 2006.
- Eckhoff, Torstein og Jan Helgesen. Rettskildelære. 5 utg. Oslo 2001
- Matningsdal, Magnus og Anders Bratholm. Straffeloven med kommentarer. Almindelige bestemmelser. 2 utgave. Oslo 2003

- Syse, Aslak: Psykisk helsevernloven: lov av 2. juli 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern: kommentarutgave med forskrifter. Oslo 2004.
- Søvig, Karl Harald. Tvang overfor rusmiddelavhengige – Sosialtjenesteloven §§6-2 til 6-3. Bergen 2004

Artikler

- Velle, Vegard. Nedslående resultater av tvang. Embla nr. 5 1999. Side 5-7.
- Welle-Strand, Gabrielle. Tvangsbestemmelsen i sosialtjenesteloven: Vilkårlig lov uten evaluering. Rus&Avhengighet nr. 2 1998 (med kronikkommentarer). Side 8-12.
- Werpen, Fredrik B. , Uklar praktisering av intstitusjonskriteriet, Juristkontakt Årg. 39 nr. 6 2005 s. 39-41
- Werpen, Fredrik B., Utskriving av rusmiddelmisbrukere på tvang. Juristkontakt nr. 2 2006. Side 32-33.
- Øiern, Tone. Ikke nok tvang. Rus&Avhengighet nr. 1 2002. Side 6-7.

